

DE

L'OCCLUSION INTESTINALE

(Extrait des *Annales de la Société médico-chirurgicale de Liége.*)

DE

L'OCCLUSION INTESTINALE

PAR

M. LE Dr SERVIER

Professeur agrégé au Val-de-Grâce (Paris), membre de la Société médico-chirurgicale de Liége, etc.



Ad extremos morbos, extrema remedia exquisite optima.
(Hipp. Aph).

MÉMOIRE COURONNÉ EN 1870.

LIÉGE

IMPRIMERIE H. VAILLANT-CARMANNE ET Cie

Rue St-Adalbert, 8.

1874

On désigne sous le nom général d'occlusion intestinale une lésion caractérisée par l'arrêt des matières dans l'intestin, et produite par la présence d'un obstacle quelconque au cours de ces matières.

Connue et observée depuis longtemps, cette maladie avait reçu différents noms : les mots *iléus, volvulus, passion iliaque, coliques de miserere* ont été pris comme synonymes des mots *occlusion intestinale*, et sous ces appellations on a décrit un groupe symptomatique dans lequel se trouvent réunis les divers phénomènes dus à l'arrêt du cours des matières.

Les travaux modernes, précisant davantage les faits, permettent d'abandonner ces déterminations pour adopter une terminologie plus rigoureuse ; si bien que les mots employés présentent immédiatement à l'esprit l'image de la forme et de la nature des obstacles produisant l'occlusion intestinale.

Les exemples d'arrêt des matières dans l'intestin, sans être très-communs, sont cependant assez nombreux ; chaque année la littérature médicale s'enrichit d'un certain nombre d'observations de ce genre de lésion. Ces obstacles sont de différentes natures, proviennent de causes variées. Le plus souvent, au lit du malade, le genre de l'obstacle ne peut pas être exactement déterminé ; le médecin constate les accidents produits par l'arrêt des matières, mais il est rare que la forme des symptômes accuse d'une façon tranchée la cause de cet arrêt, la nature de l'obstacle. Cette incertitude

(1) Ce mémoire a obtenu la médaille d'or au concours de 1870.

du diagnostic est fort regrettable au point de vue du traitement.

Je demande la permission de citer, à ce sujet, un passage de Nicolas Pison ; j'y trouve l'exposition franche et précise de la question qui nous occupe : « .... la passion iliaque, » indépendamment de l'intussusception des intestins, dé- » pend souvent de plusieurs autres causes absolument » différentes de leur nature, lesquelles même concourent » quelquefois ensemble, par leur réunion, à produire cette » maladie; il faudrait une habileté supérieure pour en » découvrir la cause spéciale dans chacun des cas qui se » présenteraient; et, par conséquent, si jamais un praticien » dogmatique a besoin d'avoir de profondes lumières dans » la séméiotique, c'est surtout lorsqu'il se trouve appelé » auprès de ces infortunés malades. Mais c'est là le vrai » point de la difficulté. En effet, pour peu qu'on veuille » s'étudier à découvrir et à fixer les signes propres et uni- » voques qui pourraient faire distinguer sûrement l'intus- » susception des intestins de toutes les autres maladies de » ces organes, lesquelles sont capables de produire aussi la » passion iliaque, on aperçoit bientôt avec douleur les » bornes de la science en ce point de l'art; car en exami- » nant avec l'attention la plus réfléchie toutes les causes et » les différents symptômes de l'intussusception, en pesant » exactement chacune de ces circonstances en particulier, » et les comparant ensuite toutes entre elles, on ne peut » guère aller au-delà de la probabilité sur l'existence de » cette cause de l'iléus. »

Ce que disait Nicolas Pison est encore vrai aujourd'hui ; la franchise de ses aveux nous montre la difficulté d'atteindre le but indiqué, mais en même temps elle doit nous engager à chercher des signes positifs, dont la connaissance exacte serait un bienfait pour les malades et un honneur pour l'art.

Dans la grande majorité des cas, l'issue de la maladie est funeste, aussi l'anatomie pathologique de ces lésions est-elle éclairée par de nombreuses observations nécroscopiques.

Une foule de modes de traitement ont été tour à tour em-

ployés et proposés contre cette affection. Ces deux faits, anatomie pathologique très-avancée, moyens de traitement multipliés, permettent d'affirmer d'avance la gravité d'une maladie.

De ces quelques lignes de généralités on peut conclure que la question est complexe, la nature des obstacles au cours des matières étant variable, que le diagnostic est difficile et le traitement le plus souvent incertain.

On voit aussi que cette question ne peut pas être traitée d'une manière générale ; il faut donc établir des divisions ; c'est ce que nous allons faire afin de mettre de l'ordre dans cette étude. Chacune des subdivisions sera traitée à part, puis nous réunirons dans une sorte de résumé les faits analogues, groupant ensemble les phénomènes principaux ou secondaires régis par les mêmes lôis, les lésions justiciables des mêmes traitements.

Il me semble que les obstacles au cours des matières dans l'intestin peuvent être compris sous trois chefs distincts :

1° Obstacles mécaniques, accidentels ou pathologiques, agissant sur l'intestin sain, en dehors de son calibre ;

2° Obstacles provenant d'une maladie, d'une lésion organique ou traumatique de l'intestin lui-même ;

3° Obstacles formés par des corps étrangers ou anormaux occupant le calibre de l'intestin.

CHAPITRE 1er.

Obstacles mécaniques, accidentels ou pathologiques, agissant sur l'intestin sain, en dehors de son calibre.

Dans les obstacles de ce genre nous pouvons reconnaître trois formes différentes, lesquelles, étudiées à part, seront classées en trois subdivisions.

Le premier de ces obstacles par l'importance que lui a donnée la littérature médicale, en en parlant comme d'une entité morbide, si bien que sous son nom vient se ranger dans les écrits anciens tout ce qui a rapport à l'arrêt des matières dans l'intestin, le premier, dis-je, est le *volvulus*. Pour bien définir les termes, nous entendons par *volvulus*

l'invagination ou l'intussusception des intestins, et j'ajoute que ce sont là les expressions dont je me servirai, à l'exclusion du mot *volvulus*, lequel, vu les habitudes acquises, présente à l'esprit une image trop confuse des phénomènes pathologiques qu'il représente.

Le deuxième obstacle que nous aurons à étudier est celui formé par un étranglement de l'intestin, étranglement qui se produit de diverses manières, soit par le passage de l'intestin à travers une éraillure du mesentère, soit par sa compression par des brides accidentelles, soit par son enroulement autour d'une bride, etc... Nous reparlerons en leur lieu de chacune de ces formes de l'étranglement interne.

Enfin le troisième obstacle est celui formé par la compression de l'intestin, soit par des organes déplacés ou malades, soit par des productions pathologiques développées dans l'abdomen, telles que les tumeurs de toute nature, depuis l'anévrysme jusqu'au cancer.

Voilà la classification que j'ai adoptée. Sans doute elle n'est pas à l'abri de tout reproche; aussi il ne m'échappe pas, qu'au point de vue de l'anatomie pathologique, l'invagination paraît différer tout-à-fait de l'étranglement. Ce n'est cependant, comme nous le verrons, qu'une différence apparente. Il semble au premier abord que dans les cas d'invagination, l'intestin replié forme un bouchon, lequel s'oppose au cours des matières à la façon d'un corps obstruant, et c'est ainsi que l'invagination est considérée dans le dictionnaire de Nysten; mais qu'on veuille bien se rendre compte des faits, et l'on verra que le point où les matières s'arrêtent, le point où existe l'obstacle, est celui où l'intestin invaginé est comprimé par la partie invaginante; l'arrêt des matières est donc produit par une compression exercée sur l'intestin en dehors de son calibre.

Nous étudierons ce mécanisme à propos de l'anatomie pathologique des invaginations, et j'espère que l'assertion que je viens d'émettre sera parfaitement démontrée. En tout état de choses, j'aurais crû devoir réunir ces deux formes d'obstacles, invagination et étranglement, sous un chef commun, parce que dans les deux cas l'intestin est sain,

parce que ces deux lésions paraissent être sous la dépendance des mêmes causes occasionnelles, parce qu'il y a beaucoup d'analogie dans les symptômes qu'elles présentent, parce qu'enfin ce sont les seules auxquelles un même traitement chirurgical soit plus spécialement applicable.

§ 1er. *Invagination intestinale.*

L'étude de l'intussusception des intestins a été l'objet d'un grand nombre de travaux auxquels se rattachent les noms de Haguenot (Mémoire sur le mouvement des intestins dans la passion iliaque. Mémoires de l'acad. royale des sciences, année 1713); Hoffmann (diss. medic. de passione iliaca. 1716); Hevin (Recherches historiques sur la gastrotomie ou l'ouverture du bas-ventre, dans le cas de volvulus ou d'intussusception d'un intestin. Acad. roy. de chir. année 1768); Dance (Mém. sur les invaginations morbides des intestins, 1826, répert. génér. d'anatomie et de physiologie pathologiques); Lobstein (de l'invagination. Traité d'anat. path. 1829); Cruveilhier (anat. path.); Thomson (1836. Traduct. dans les arch. génér. de médecine)... Ajoutons à ces travaux un grand nombre d'observations publiées dans les journaux ou recueils périodiques.

Anatomie pathologique. — Dans l'intestin grêle pris isolément les invaginations sont fort rares, quelques auteurs même ne croient pas à leur possibilité; cependant des faits authentiques, bien observés par des chirurgiens habiles, publiés dans des recueils recommandables (journal de médecine et de chirurgie, d'Edimbourg; journal des connaissances physiques, de Londres) démontrent leur existence. Ces faits, je le répète, sont en très-petit nombre. Ce qui est plus commun, c'est l'invagination de l'intestin grêle dans le gros intestin.

Dans les quelques cas d'invagination de l'intestin grêle isolément, presque tous observés chez des enfants, l'intestin était retourné sur lui-même en doigt de gant, et la partie invaginée n'avait pas une grande longueur.

L'intussusception se fait le plus souvent par l'introduction de la partie supérieure de l'intestin dans l'inférieure; cependant la disposition contraire a été quelquefois obser-

vée. Ainsi, dans un cas, on a trouvé une double invagination; sur un point, la portion inférieure était invaginée dans la supérieure, et, un peu plus bas, la supérieure dans l'inférieure ([1]). Le Dr Harrison ([2]), à l'hôpital de Jervis-Street, a observé une invagination considérable du colon descendant dans le colon transverse. (Dublin quaterly journal of med. Clocest. 1848). Des faits semblables ont été rapportés par E. Home, Langstaff, M. Moutard Martin, etc...

Le fait le plus commun, avons-nous dit, est l'invagination de l'intestin grêle dans le gros intestin.

Dans ce cas, il est rare que l'intestin grèle soit directement invaginé dans le cœcum; presque toujours l'invagination commence par le colon, lequel entraîne le cœcum, qui à son tour entraîne l'intestin grèle.

L'énonciation de ces faits ne peut se passer de commentaires; ces différents phénomènes ne se produisant pas à ciel ouvert, comment a-t-on pu arriver à déterminer ainsi leur marche et leur succession? Voici le raisonnement sur lequel je m'appuie : Dans les nombreuses autopsies qui ont été pratiquées, ce n'est qu'exceptionnellement qu'on a trouvé l'intestin grêle invaginé directement dans le cœcum, celui-ci restant en place et n'étant pas invaginé dans le colon; Dance, *Mémoire sur les Invaginations*, relate un fait de ce genre; on en trouve un autre dans le *Journal des Sciences Médicales*, de Dublin (1839, t. IV, p. 496); le fait existe donc, mais il est rare; d'autre part, on a presque constamment reconnu que le cœcum était invaginé dans le colon, s'y engageant dans une étendue plus ou moins considérable. Voilà donc, en présence, deux faits différents constatés à l'autopsie de sujets ayant succombé au volvulus : invagination très-rare de l'intestin grêle seul dans le cœcum, invagination très-fréquente du gros intestin dans le gros intestin. Ne peut-on pas conclure de là que lorsque l'intestin grêle se trouve engagé, en même temps que le cœcum, dans le colon ascendant ou transverse, c'est qu'il a suivi le mouvement du cœcum, mais ne l'a pas provoqué?

([1]) Journ. méd. et chirur. d'Edimbourg. (T. III — p. 262. Ann. 1807).
([2]) Arch. gen. de Med. 1849, 4e Série. T. 19. p. 344.

L'invagination, nous supposons un cas simple, a lieu par un mouvement de l'intestin, qui se retourne à la façon d'un doigt de gant, et dont une portion vient remplir le calibre de l'autre; si bien qu'on ne peut mieux se figurer la disposition des parties, qu'en les comparant à des cylindres concentriques et invaginés. Mais quels sont les rapports qu'ont entre elles les différentes portions de l'intestin? De l'intérieur à l'extérieur nous trouvons trois cylindres superposés; le cylindre interne est formé par la partie supérieure de l'intestin invaginé; nous supposons, bien entendu, le cas où l'intussusception s'est faite de la partie supérieure de l'intestin à l'inférieure; le cylindre moyen est formé par la continuation des parois du cylindre interne, et, enfin, le cylindre externe est formé par la portion invaginante de l'intestin, laquelle est la plus rapprochée de la portion terminale des voies digestives.

En se figurant exactement la disposition que nous venons d'exposer, on trouve l'explication du fait que nous avons énoncé plus haut, à savoir que dans les cas d'intussusception, l'obstacle au cours des matières n'est pas constitué par un corps obstruant, par un bouchon, mais bien par un accolement des parois de l'intestin ; en suivant la portion supérieure saine de l'intestin, on arrive jusqu'à un obstacle que l'on trouve produit par un resserrement des parois, resserrement tel que le doigt ne peut s'y engager, et non par une masse obstruante que le doigt pourrait repousser devant lui.

Cherchons à présent la disposition des différentes tuniques de l'intestin, muqueuses et séreuses. Tout-à-fait à l'intérieur du cylindre interne se trouve une tunique muqueuse, et le calibre de ce cylindre muqueux, s'il n'est pas complétement obstrué, fait communiquer la portion supérieure de l'intestin avec l'inférieure ; la paroi externe du cylindre interne est formée par une séreuse ; quant au cylindre moyen, sa paroi interne est séreuse, sa paroi externe muqueuse, et enfin le troisième cylindre est disposé comme le cylindre interne, c'est-à-dire que sa paroi interne est muqueuse et sa paroi externe séreuse. — Ainsi la paroi externe

du cylindre interne, et la paroi interne du cylindre moyen sont formées de tissu séreux ; voilà donc deux membranes séreuses en contact, ce qui devrait expliquer comment dans certains cas des adhérences solides ont pu s'établir entre ces parois, et maintenir intacte la continuité du tube intestinal, après l'expulsion de la portion invaginée. — Cette explication ne doit pas être prise à la lettre ; je m'empresse de dire, que donnée par Dance et acceptée depuis, elle me semble juste, mais à la condition de préciser les faits. — Nous trouvons, en effet, deux surfaces séreuses en contact, cela est parfaitement vrai ; mais ces surfaces séreuses sont précisément celles qui font partie de la portion invaginée ; elles ne peuvent donc pas tout à la fois, et être expulsées comme portion invaginée et maintenir la continuité de l'intestin comme séreuses agglutinées. La vérité doit être que les adhérences se forment entre le bord supérieur de la portion invaginante, et la portion libre de l'intestin placée immédiatement au-dessus de la portion invaginée. — Les adhérences se font sur une médiocre étendue, représentant par leurs bords un anneau et non pas un cylindre.

Je viens de parler des invaginations qu'on observe le plus communément, mais elles ne se font pas toujours ainsi ; dans quelques autopsies, on a trouvé des invaginations doubles, c'est-à-dire dans lesquelles une portion d'intestin, au lieu de se retourner simplement sur elle-même, comme il vient d'être dit, avait pénétré dans une autre portion en se pelotonnant, en se repliant d'abord en plusieurs sens. — Ainsi Lobstein cite un cas dans lequel la fin de l'iléon, le cœcum, les trois portions du colon, étaient contenus dans le rectum. Il y avait alors ce qu'on appelle invagination double.

A propos de l'invagination de l'intestin grêle isolément, j'ai dit que les parties invaginées n'avaient pas une grande longueur ; il n'en est plus de même dans les invaginations de l'intestin grêle dans le gros intestin ; dans ces cas, en effet, on a constaté souvent que l'intussusception s'était faite sur une très-longue étendue ; quelquefois plusieurs mètres d'intestin grêle avaient pénétré dans le gros intestin.

Marche, terminaison. — Au moment où l'intussusception vient de se produire, où l'intestin s'est invaginé, son calibre n'est pas complétement obstrué, la communication n'est pas complétement interrompue entre la partie supérieure et la partie inférieure; les accidents n'ont pas encore beaucoup de gravité, et la lésion se révèle par des symptômes d'intensité médiocre. On ne peut pas indiquer d'une façon exacte le nombre de jours que cet état doit durer. Dans certains cas, les accidents marchent vite, et deux ou trois jours après leur début l'affection a atteint son summum d'intensité; dans d'autres cas, leur marche est plus lente, et il leur faut vingt, trente, quarante jours pour parcourir leurs diverses périodes. Je le répète donc, ni la forme, ni la durée des premiers accidents déterminés par le volvulus ne peuvent être indiquées d'une manière exacte; les diverses observations présentent de grandes différences sur ce point.

Quant à la terminaison, elle est habituellement funeste, soit que la maladie ait été abandonnée à elle-même, soit qu'on ait employé contre elle les ressources de l'art. Cependant, une terminaison heureuse, due aux seuls efforts de la nature, s'observe quelquefois; je veux parler de l'élimination de la portion d'intestin invaginée. Lorsque cette élimination a lieu, les symptômes du volvulus s'amendent immédiatement, mais le malade n'est pas toujours guéri pour cela, et il peut succomber aux désordres produits dans la cavité abdominale. Thomson ([1]) dit que sur 43 cas dans lesquels l'élimination eut lieu, 19 sujets guérirent et 24 succombèrent; il ajoute que dans la plupart des cas de guérison celle-ci s'est faite avec une étonnante promptitude, si bien qu'on a vu les malades reprendre leurs travaux au bout d'un temps très court. A ce sujet, Thomson fait remarquer qu'il faut surveiller attentivement le régime de ces malades : presque tous ont un vif appétit, et s'ils se laissent aller à le satisfaire, il est à craindre que l'ingestion d'une trop grande quantité d'aliments ne produise des accidents nouveaux.

[1]) Journ. chir d'Edimbourg, 1835, T. 64 p. 296; résumé dans *Arch. gen. de médecine*, 1836. T. XI — 2e série p. 352.

Quant à ceux qui ont succombé, les uns sont morts dès le premier jour, et quelques autres beaucoup plus tard, après 40, 50 et 100 jours de souffrance.

A l'autopsie, au point où l'élimination avait eu lieu, l'intestin a été trouvé plus ou moins contracté, plus ou moins plissé, quelquefois très-rétréci, d'autres fois parfaitement net. Dans un cas, les deux portions d'intestin ne s'étaient pas réunies bout à bout, mais par l'intermédiaire d'une sorte de poche ou réservoir.

J'ai trouvé, par hasard, dans les *archives de médecine*, un exemple très-remarquable de guérison spontanée d'un ileus, la continuité de l'intestin ayant été maintenue par un mécanisme analogue ; l'observation ayant été donnée comme celle d'un cas de *choléra sporadique*, n'avait pas d'abord appelé mon attention, mais il parait certain qu'il s'agissait d'un ileus, comme on va le voir. (1)

Obs. — Un homme de 66 ans fut pris de *choléra sporadique* et accusait en même temps une violente douleur dans la région iliaque gauche ; au bout de huit jours et sous l'influence d'un traitement antiphlogistique énergique, tous les symptômes se calmèrent, et le malade parut tout à fait rétabli, lorsque tout-à-coup eut lieu une évacuation alvine de matières sanglantes, d'une odeur cadavérique, au milieu desquelles on trouva une portion d'intestin, longue d'environ cinq quarts d'aune, paraissant appartenir au jéjunum, et accompagnée dans toute sa longueur d'une bande de mésentère d'un pouce de large; les deux extrémités étaient irrégulières et comme frangées.

L'issue de cette anse intestinale ne fut suivie d'aucun accident grave. Quelques évacuations sanguinolentes et fétides eurent encore lieu; le malade eut un peu de fièvre, mais tous ces symptômes étaient disparus, lorsque survint une pneumonie qui amena la mort, le neuvième jour de son invasion.

L'autopsie montra les désordres suivants : dans l'hypochondre gauche, se trouve une cavité qui pourrait contenir

(1) Arch. génér. de méd. et de chir. 1837. 3e série, T. II, p. 370

le poing, circonscrite par les intestins grêles, le colon descendant et le mésentère, réunis par des fausses membranes, renfermant une petite quantité de matières liquides semblables à celles qui avaient été évacuées, et offrant deux orifices dont l'un conduisait dans le duodénum, l'autre dans l'iléum. Cette cavité n'avait aucune communication extérieure, aucun épanchement ne s'était fait dans la cavité abdominale, et le péritoine n'offrait aucune trace d'inflammation. (Woschenschrift zeit. von Casper, 1837. n. 10.)

C'est toujours la gangrène des parties invaginées qui détermine leur élimination, mais cette élimination n'a pas lieu dans tous les cas de la même manière. Les auteurs nous enseignent que tantôt le tube le plus interne seul est sphacelé, se détache et est entraîné dans l'intestin ; que tantôt les deux cylindres interne et moyen sont détachés et entraînés aussi ; dans ce cas, la soudure des parties restantes se fait par un collet, une sorte d'anneau formé par des brides s'étendant d'une portion d'intestin à l'autre, au point où les deux surfaces séreuses sont en contact.

Je pense, avec Malgaigne, et contrairement à l'opinion des anciens auteurs, que cette seconde forme d'élimination est la plus fréquente, et cela parce qu'il est difficile d'admettre que le tube interne ne soit pas attaché par sa séreuse à la séreuse du tube moyen ; s'il est éliminé il doit entraîner avec lui ou le tube moyen tout entier, ou tout au moins sa membrane séreuse.

Je pourrais ajouter quelques détails sur la façon plus ou moins régulière dont la soudure s'est opérée dans les cas observés, sur la forme des anneaux, des parties restantes, détails tirés surtout des observations de Hévin, Carswell, Thomson..., mais cela me semble présenter peu d'intérêt.

Enfin, après l'élimination, une sorte de guérison peut être maintenue plus ou moins longtemps, puis la mort survient, soit par suite d'une invagination nouvelle, d'un rétrécissement au point où s'est faite la soudure des intestins, soit par suite d'une rupture de cette soudure trop peu solide, épanchement de matières dans l'abdomen, et péritonite.

Causes. — Nicolas Barbette, qui pratiquait avec grande réputation la médecine et la chirurgie à Amsterdam, au 17e siècle, s'explique en ces termes sur le caractère du volvulus: « le mouvement vermiculaire des intestins les rend sujets à » s'engager par intussusception, surtout quand ils sont atta- » qués de douleurs violentes; alors le cours des excréments » n'est plus libre vers le bas. » Que pouvons-nous dire de plus sur les causes prochaines de l'invagination intestinale? Continuons à l'attribuer au mouvement vermiculaire, ajoutons-y les spasmes, l'influence nerveuse, et nous aurons dit aujourd'hui, comme on le disait il y a deux cents ans, tout ce qu'on sait, ou plutôt ce qu'on suppose sur la cause efficace des invaginations, sur le mécanisme de leur formation. Je sais bien que M. Cloquet a cité un cas dans lequel une tumeur polypeuse, développée à l'intérieur de l'intestin, avait été accusée d'avoir produit l'invagination; la tumeur disait-on, aidée par les mouvements peristaltiques, entraîne par son poids la partie supérieure de l'intestin dans l'inférieure; mais d'abord la présence d'une tumeur dans les cas de volvulus est fort rare, et puis dans un autre cas, cité par M. Cruveilhier, ce professeur raconte qu'il y avait deux tumeurs, l'une à la partie supérieure, l'autre à la partie inférieure de l'intestin invaginé; ces deux tumeurs, marchant en sens contraire, n'ont pas pû être entraînées toutes deux par l'action de la pesanteur, et si cette action peut expliquer, à la rigueur, la marche de l'une d'elles, elle ne peut en aucune façon rendre compte de la marche de l'autre. Enfin il est habituel de rencontrer des invaginations sans tumeurs, et il y a plusieurs exemples de tumeurs, à l'intérieur de l'intestin, sans invagination.

Pour les causes occasionnelles nous ne serons pas plus éclairés. On lit dans les auteurs que l'influence de l'âge, du sexe, du tempérament, est complétement nulle, que tous les âges, de l'enfance à la vieillesse, les deux sexes, se rencontrent également dans les diverses observations. Cette proposition, appliquée indistinctement à toutes les causes d'arrêt des matières dans l'intestin, est vraie, mais elle cesse de l'être pour l'intussusception intestinale proprement dite. Il

est remarquable, en effet, que c'est le jeune âge qui offre le plus grand nombre d'exemples d'invagination des intestins. Ce n'est pas à dire pour cela qu'elle ne se rencontre pas chez les adultes et même les vieillards, mais elle est plus spéciale à l'enfance, et ce fait est important à noter parce qu'il peut aider quelquefois à établir le diagnostic.

Dans un travail publié par la *Gazette médicale*, le Dr Hervieux [1] avance que l'invagination intestinale ne se rencontre que fort rarement chez les enfants âgés de moins de quatre mois, et que c'est à partir de cet âge jusqu'à celui de cinq ans qu'on l'observe le plus souvent. Le sexe lui a paru n'avoir aucune influence. Quant aux causes déterminantes, il admet en première ligne les convulsions, mais il admet aussi toutes les maladies dans le cours desquelles l'invagination intestinale est survenue, la rougeole, la variole, la pneumonie, l'entérite... Evidemment il n'y a là qu'une simple coïncidence et non un rapport de cause à effet; faisons cependant une exception pour l'entérite et reconnaissons avec Dance (mém. cité, p. 209) que les phlegmasies de l'intestin ont une certaine influence sur la production de l'invagination de cet organe. Le travail de M. Hervieux repose sur trente-deux observations recueillies dans sa propre pratique.

Il convient de faire remarquer à cette occasion qu'à l'autopsie des jeunes enfants qui ont succombé à des entérites, à des diarrhées, à des dyssenteries..., on trouve très-souvent des invaginations de l'intestin, mais dans ces cas, les auteurs s'accordent à considérer ces intussusceptions, non pas comme des affections primordiales, mais comme des lésions produites au moment de l'agonie, n'ayant provoqué aucun accident et n'étant pas cause de la mort.

On a cru aussi trouver la cause du volvulus dans les émotions morales, les efforts, les mouvements brusques, l'ingestion d'une trop grande quantité d'aliments, l'impression du froid, etc., mais rien encore n'est moins certain, les

[1] *Gazette médicale*, année 1853, p. 414. Note sur les invaginations de l'intestin grêle chez les jeunes enfants.

preuves directes et convainquantes manquent complétement. Je répète que tout cela s'applique à l'intussusception intestinale proprement dite. N'insistons donc pas davantage sur une étiologie aussi obscure.

Symptômes. — Le début des accidents n'est pas le même dans tous les cas, leur marche est souvent insidieuse. Cela tient, d'une part, à l'état général, je veux dire le tempérament, la vigueur plus ou moins grande, l'âge, les antécédents du malade ; d'autre part, à l'état local, c'est-à-dire au degré de l'invagination, à l'arrêt plus ou moins brusque, plus ou moins complet des matières. — Le plus souvent, il est bien entendu que je parle seulement des cas d'invagination, le plus souvent, dis-je, la maladie est annoncée d'abord par des symptômes légers; ce sont des coliques passagères, de la constipation avec plus ou moins de ténesme, constipation qui n'est pas complète d'abord, car il y a encore des déjections de matières liquides, visqueuses souvent, et en petite quantité. En même temps, anxiété générale, sueurs froides, tendance aux syncopes, mais pas de fièvre. Ces accidents cessent complétement pendant quelques heures, puis reparaissent à des intervalles de plus en plus rapprochés, et enfin après un, deux, cinq ou six jours, on observe encore des symptômes analogues, mais plus graves, indiquant la maladie confirmée.

Ce que je viens de dire s'applique à peu près uniquement aux cas d'invagination proprement dite, mais les symptômes que je vais décrire sont communs aux différents cas d'arrêt des matières dans le tube intestinal, quelle qu'en soit la cause.

D'abord douleur violente dans un des points de l'abdomen, point habituellement circonscrit, et habituellement aussi une des fosses iliaques, surtout la droite.

Remarquons toutefois que dans quelques cas fort rares, cette douleur a manqué. Le plus souvent la douleur s'exaspère par la pression. Le ventre est ballonné; ce ballonnement, d'abord circonscrit, prendra plus tard une plus grande extension. Enfin, dans beaucoup de cas, la main peut percevoir à travers les parois abdominales une tumeur plus ou moins

allongée, siége de quelques légers mouvements, se déplaçant surtout au moment des paroxysmes de douleur.

Voilà pour les symptômes locaux. Mais ces accidents du côté des intestins ne peuvent pas se passer sans apporter un grand trouble dans les fonctions de ces organes et dans l'économie tout entière; aussi voit-on survenir bientôt des hoquets, des éructations gazeuses, des nausées, puis des vomissements. En même temps, constipation complète. La matière des vomissements est d'abord verte ou jaunâtre, verte le plus souvent; ce sont les derniers aliments pris par le malade, la bile etc., puis surviennent des vomissements de matières fécaloïdes, et presque toujours la mort suit d'assez près ce dernier accident. Cependant, on a vu des malades guéris, par un procédé quelconque de la nature, quoique ayant eu ces vomissements, et d'autres mourir sans les avoir présentés. En un mot, les malades atteints d'invagination intestinale offrent le spectacle des symptômes décrits depuis longtemps sous ce titre : symptômes généraux de l'étranglement intestinal. On sait que quelques-uns de ces symptômes ressemblent assez à ceux observés dans les cas de choléra, si bien qu'on a publié plusieurs observations avec ce titre : cas d'étranglement intestinal, et symptômes cholériformes. Je n'insiste pas davantage sur ce point, comptant y revenir plus tard.

Diagnostic. — D'après ce que nous avons dit de la marche de l'affection, on comprend que le diagnostic à porter doit varier suivant le degré auquel la lésion intestinale est arrivée. Tout-à-fait au début, lorsque le malade se plaint seulement de coliques vagues et passagères, accusant une constipation incomplète, un peu de ténesme, etc., le diagnostic est fort douteux, il n'y a pas de signes pathognomoniques auxquels le médecin puisse se rattacher; il devra chercher l'explication des phénomènes qui se présentent dans les antécédents du malade, dans ses habitudes, dans son régime, son genre de vie; on voit que je ne sors guère des généralités. Cependant si les accidents sont survenus tout-à-coup, si les selles ne sont plus formées de véritables

matières fécales, mais de matières liquides, visqueuses, peu abondantes, le praticien prévenu sera sur la voie de la vérité, et souvent le diagnostic sera confirmé par la sensation d'une tumeur dans l'intestin, tumeur offrant les caractères que nous avons décrits déjà. Bien entendu, je mets hors de cause tout ce qui a trait aux hernies, un médecin soigneux et observateur aura poussé tout de suite ses investigations dans ce sens, et c'est une fois bien assuré de l'absence complète de ces lésions qu'il cherchera à porter un diagnostic motivé.

L'invagination de l'intestin grêle a été assez souvent observée chez les jeunes enfants, et dans un grand nombre de cas ce n'est qu'à l'autopsie que la lésion a été reconnue; quelques auteurs, et des plus autorisés, s'appuyant sur ces faits, avancent que l'intussusception des intestins est beaucoup plus commune qu'on ne le croit chez les enfants à la mamelle, ce qui explique, d'après eux, certains malaises dont la cause est mal déterminée; habituellement les intestins reprennent d'eux-mêmes leur position normale, mais dans les cas plus graves, l'invagination persiste, et la mort survient, attribuée alors à d'autres causes que la véritable.

On voit que le diagnostic d'une intussusception intestinale au début ne repose pas sur des signes bien certains et bien assurés, sur des signes pathognomoniques. Plusieurs maladies ont avec elle des points de ressemblance, ainsi la péritonite, certains empoisonnements, mais la connaissance des symptômes propres à ces affections servira à mettre le praticien sur la bonne voie.

Lorsque les accidents ont marché, se sont accentués davantage, leur forme, leur aspect ne laissent malheureusement plus de place au doute, et je dis malheureusement, parce qu'alors le médecin se trouve en face d'une des affections les plus redoutables qu'il puisse être appelé à combattre. La douleur, l'anxiété générale, les sueurs froides, la décomposition des traits, la constipation opiniâtre, les hoquets, les vomissements, surtout ceux de matières fécaloïdes, permettent d'affirmer un diagnostic rigoureux.

En ce point se présente une question des plus sérieuses et des plus intéressantes aussi, c'est celle du diagnostic

différentiel. Le médecin a pu reconnaître à des signes positifs l'arrêt des matières dans l'intestin, mais non encore la cause qui a produit cet arrêt. Cette partie du diagnostic, nous l'avons dit, est la plus difficile; le plus souvent elle n'a pas été possible. Nous réservons son étude pour la fin de cet article, alors que nous aurons passé en revue les différentes formes d'obstructions intestinales.

Étudions tout de suite, pour n'y plus revenir, une question importante : peut-on reconnaître à quel point de l'intestin, à quelle hauteur siége la lésion qui forme obstacle au cours des matières?

Pour élucider ce point de diagnostic nous nous servirons d'un travail de M. Laugier (1), travail que ce chirurgien a fait à l'occasion des hernies étranglées; mais ce qu'il dit s'appliquant aussi au sujet que nous étudions, profitons-en.

Sur le même sujet, mais ayant trait aux obstacles au cours des matières, M. Maisonneuve (2) a inséré ses réflexions dans les *Archives générales de médecine*.

Le fait sur lequel repose ce diagnostic partiel est l'accumulation des fèces et des gaz; ceux-ci s'accumulent au-dessus de l'obstacle seulement, et, suivant que l'obstacle siégera plus ou moins près de l'estomac, l'espace dans lequel ils pourront se développer et s'étendre sera plus ou moins considérable. Ainsi, que l'obstacle se trouve dans le gros intestin, la tympanite survient bien vite, l'abdomen est bientôt distendu par les gaz, et même à un degré extrême. A travers les parois abdominales la main peut sentir les circonvolutions des anses intestinales, lesquelles même se dessinent parfois sur ces parois. C'est encore dans ces cas que les vomissements de matière stercorale surviennent plus fréquemment et plus tôt aussi. Le phénomène initial est alors le gonflement de ventre, et celui-ci n'est pas douloureux à la pression. Si, au contraire, l'obstacle siége sur l'intestin grèle, le ballonnement du ventre ne paraît que plus ou moins longtemps après le début des autres accidents, et ce ballon-

(1) *Bulletin chirurg.* T. 1er, p. 245.
(2) *Arch. gén. de méd.* 1834, p. 223. 2e série.

nement se limite d'abord, se percevant surtout près du pli de l'aine, ou aux environs de l'ombilic; en même temps le gros intestin est déprimé. M. Maisonneuve ajoute que dans ces cas, surtout si l'obstacle siége à la partie supérieure de l'intestin grêle, les vomissements stercoraux peuvent manquer complétement.

C'est donc à l'apparition plus ou moins rapide, à la forme et à l'étendue du ballonnement, qu'on peut reconnaître le point du tube intestinal où siége l'obstacle au cours des matières.

Traitement. — Les différents moyens de traitement mis en usage contre l'intussusception intestinale peuvent être classés sous trois chefs différents : 1° moyens pharmaceutiques, 2° moyens mécaniques, 3° moyens chirurgicaux.

Moyens pharmaceutiques. — Je laisserai de côté les moyens analogues à ceux employés dans les cas d'entérite ou de péritonite, tels que boissons mucilagineuses, glacées, application de cataplasmes, lotions froides, émissions sanguines, etc.; l'emploi de ces moyens, en pareil cas, constitue précisément ce qu'on appelle la méthode expectante, la médication des symptômes, et doivent être considérés comme des soins donnés à un malade dont la guérison est alors confiée à la nature.

Dans les auteurs anciens, on trouve le conseil de chercher à rétablir le cours des matières par l'emploi de lavements purgatifs, tels que ceux à l'hydrochlorate de soude, et surtout les lavements de tabac; on trouve encore conseillé l'emploi des drastiques, tels que l'huile de croton. Sans doute, on espérait, par cette médication, provoquer les mouvements péristaltiques de l'intestin; quoi qu'il en soit, les purgatifs ont toujours échoué, et ils doivent être proscrits du traitement du volvulus; j'entends les purgatifs énergiques, car les purgatifs doux, l'huile d'amandes douces, un peu d'huile de ricin, peuvent être administrés avec avantage lorsque le cours des matières n'est pas complétement interrompu.

Je ne parle des vomitifs donnés encore dans le but d'exciter les mouvements de l'intestin, je n'en parle que pour

les proscrire aussi, me basant sur l'examen de quelques observations dans lesquelles on relate leur emploi.

Rejetons donc les purgatifs drastiques et les vomitifs : non seulement ils n'ont rendu aucun service, mais dans tous les cas où on les a administrés, l'acuité des symptômes a été augmentée.

La belladone a été préconisée par le dr Hanius [1] : *De l'avantage des lavements de belladone dans l'iléus.* Voici la formule :

Racine de belladone.	1 gros.
Eau bouillante	q. s.

Faites digérer pendant une heure et passez.

L'auteur raconte que c'est l'analogie qui l'a conduit à employer ce médicament ; ayant remarqué et constaté l'action dépressive de la belladone sur la fibre musculaire, il espère que cette action se manifestera sur la tunique musculaire de l'intestin, et que par ce moyen, les portions d'intestin invaginé n'opposeront plus de résistance aux mouvements péristaltiques et reprendront leur position normale. Il cite cinq observations ; mais elles sont si peu détaillées, paraissent si peu concluantes, qu'elles n'entraînent pas la conviction. Rien ne démontre que les malades du dr Hanius étaient atteints réellement de volvulus ; c'étaient sans doute des constipations opiniâtres, mais peut-être rien de plus. Dans deux cas, les malades avaient pris du mercure coulant, ce qui réduit encore la valeur de la belladone dans cette circonstance.

Cette médication aurait besoin, pour être adoptée, de s'appuyer sur des faits plus concluants que ceux présentés.

L'opium aussi a été proposé. Le dr Kock, médecin de district à Gaildorf, se loue des bons effets obtenus par l'emploi des opiacés dans le traitement du volvulus (2). Cet auteur se contente de citer deux observations sans aucun détail ; dans un cas, dit-il, la cause était inconnue ; dans l'autre, j'avais

(1) Gaz. méd., année 1836, page 505.

(2) Journ. des connais. méd. chirur. de Martin Lauzer, 1863, p. 41.

affaire à *une helminthiasis intestinale*. Il a donné l'acétate de morphine à la dose de 1/8 de grain, dans un cas, toutes les deux heures, pendant deux jours, dans l'autre, toutes les quatre heures, pendant quatre jours. Les deux malades ont guéri.

Que peuvent enseigner des faits ainsi présentés?

Il est regrettable de trouver aussi peu de détails dans des observations d'une maladie aussi grave. Si quelque médecin a eu l'heureuse chance de trouver un remède efficace contre le volvulus, il serait coupable non-seulement de ne pas le faire connaître, mais encore de ne pas le faire d'une façon complète, si bien que chacun apprenne de quelle nouvelle ressource il pourra disposer quand il aura à combattre ce terrible accident.

Les opiacés, du reste, avaient été conseillés déjà par Thomas Aickin, mais d'une manière générale, dans tous les cas d'arrêt des matières dans l'intestin, quel que soit l'obstacle qui produit cet arrêt. Il importe, dit Thomas Aickin, de toujours combattre l'élément nerveux dans les cas de passion iliaque, et pour cela, il faut toujours administrer l'opium ; ce qui n'empêchera pas d'avoir recours à d'autres moyens de traitement, aux purgatifs, aux émissions sanguines, etc. On voit, d'après cela, que dans la pratique que nous citons, l'opium était employé à titre d'adjuvant, et non à titre de moyen principal.

On ne pouvait manquer d'essayer de l'électricité. M. Leroy (1) propose d'établir un courant galvanique de la bouche à l'anus, dans les cas de volvulus. Un mémoire de M. Abeille, dans lequel l'électricité est proposée pour combattre certains iléus, a été publié il y a quinze ans.

Le dr Moretin a lu un travail sur ce sujet, à la Société médicale du Panthéon, séance du 6 février 1867 : sur la guérison de l'étranglement interne au moyen de l'électricité.

Ce sont des conseils et non des observations. Je n'en connais qu'une seule, due au dr Christison (2) : *Emploi du*

(1) Archives gén. de méd. Tome XII, p. 270. 1re série, 1826.

(2) Bulletin de thérap. Tome 46, p. 280, année 1854.

galvanisme contre l'obstruction intestinale; guérison. Mais cette observation est fort peu concluante, soit au point de vue du diagnostic, soit à celui du traitement. Le courant fut établi de la bouche à l'anus, et les matières reprirent leur cours.

L'électricité, il faut l'avouer, est loin d'avoir donné tout ce qu'on espérait d'elle; sera-t-elle plus heureuse dans les cas de volvulus?

La glace a été employée aussi dans certains cas d'iléus, et plusieurs fois avec succès. M. le dr Masson, interne des hôpitaux de Paris, a publié à ce sujet un travail fort intéressant, dans le *Bulletin de thérapeutique* (1), sous ce titre: de l'emploi de la glace dans le traitement de l'occlusion intestinale dans la cavité de l'abdomen. L'auteur, en ajoutant ces mots : *dans la cavité de l'abdomen*, veut bien spécifier qu'il ne s'occupe pas des hernies. La première fois qu'on eut recours à ce moyen, c'est probablement, dit-il, dans le cas de Ranœ, cité par M. Raige-Delorme; Chomel, M. Grisolle l'ont aussi mis en usage. M. Masson cite deux observations très-détaillées, prises dans le service de M. Grisolle. Chez deux malades, présentant les symptômes de l'iléus, M. Grisolle employa la glace, en application sur le ventre, en lavement et prise par la bouche. Ses deux malades guérirent.

Le dr Pichenot, médecin des épidémies à Conserey (Côte d'Or), a donné la relation d'un fait analogue. Voici le titre de son observation, très-complète aussi : Occlusion intestinale se répétant deux fois chez le même malade, à trois années d'intervalle, et cédant chaque fois à l'emploi de la glace *intus et extra* (2).

M. Fasseira, à l'hôpital de Lisbonne, a obtenu la guérison d'un malade atteint d'iléus, par l'application d'une vessie remplie de glace sur le ventre; le traitement commença 36 heures après le début des accidents (3).

D'aussi heureux résultats démontrent la valeur de cette utile médication.

(1) Bulletin de thérapeutique, 1857. T. 52, p. 345.
(2) Bulletin de thérapeutique, 1857. T. 52, p. 551.
(3) Gaz. des hôpitaux, 1857, p. 511.

Je passe aux moyens mécaniques.

Le plus anciennement employé est celui qui consiste à faire avaler au malade des balles de plomb ou de mercure coulant. On espérait que, par leur poids, ces corps entraîneraient les portions d'intestin invaginé. Je ne comprends pas bien comment on pouvait expliquer l'action de ces agents, sauf le cas où l'invagination aurait lieu par le bout inférieur dans le supérieur. Une balle pressant sur ce bout inférieur peut tendre à l'entraîner plus bas, et remettre ainsi les choses en place; mais on sait que l'invagination se fait habituellement en sens contraire, je crois donc bien illusoires les espérances qu'on pourrait fonder sur l'emploi de ce moyen; c'est un traitement tout-à-fait empirique, dont s'accommodent mal les investigations anatomiques minutieuses : il ne peut avoir quelques chances de succès que dans une seule circonstance, précisément celle qui est la plus rare de toutes. Plusieurs heureux résultats cependant lui sont attribués, racontés avec beaucoup de détails, avec beaucoup de clarté par des auteurs dont on ne peut se décider à suspecter la bonne foi.

Ce traitement n'a plus cours dans la pratique, et s'il a été abandonné, c'est, il me semble, à juste raison.

Un autre moyen mécanique qui semble d'abord plus efficace, et aussi plus rationnel, est celui mis en usage par le dr Wood (1) : je veux parler de l'insufflation. *Invagination intestinale guérie par l'insufflation.* L'auteur rapporte un cas d'iléus dans lequel ce moyen de traitement a parfaitement réussi. C'était chez un homme souffrant depuis trois jours de la passion iliaque. Le dr Wood pense que l'invagination se faisant habituellement par la portion supérieure dans l'inférieure, l'insufflation dilate cette portion inférieure et permet à l'autre de se dégager. L'insufflation doit être faite au moyen d'un fort soufflet, et par un tube en caoutchouc qu'on aura introduit aussi haut que possible dans l'intestin, par le rectum. On agira d'abord lentement, les intestins étant dilatés autant que possible, on les laissera un moment

(1) Arch. génér. de méd., année 1837. T. 12, p. 240, 2e série.

ainsi, puis on terminera par un coup de soufflet brusque et énergique.

On trouve dans les publications périodiques d'autres faits de ce genre. *Nouveau moyen pour guérir l'intussusception chez les enfants*; par M. Mitchell (1). Ce moyen, c'est l'insufflation qui a été mise en usage une seule fois par M. Mitchell, et avec succès.

Bons effets de l'insufflation dans un cas d'invagination intestinale; sans nom d'auteur. (2)

Intussusception étranglée chez un enfant, traitée avec succès par l'insufflation; par le dr Edward Cousins (3).

Il est assez intéressant de mettre en regard de l'insufflation un moyen de traitement parfaitement opposé, je veux dire l'aspiration.

Je ne connais qu'un seul fait dans lequel il soit question de ce moyen. *Iléus guéri par l'évacuation des gaz au moyen de la pompe aspirante;* par le dr Schœffer (4). — L'observation est écourtée, le diagnostic n'est pas sûr; il s'agit d'un malade de 22 ans, qui présentait une constipation opiniâtre; il survint du météorisme; on avait administré des purgatifs énergiques. Le dr Schœffer eut l'idée d'introduire une sonde dans le rectum, et d'aspirer les gaz intestinaux au moyen d'une grosse seringue. Cette opération, répétée à trois reprises différentes dans la même journée, soulagea le malade, et amena, paraît-il, l'évacuation des matières.

Le fait doit être admis, mais on a le droit d'être fort réservé sur les conséquences pratiques qu'en tire le dr Schœffer.

Un autre moyen mécanique, qui a quelque analogie avec l'insufflation, est celui employé par le dr Antonio Bonati : l'injection forcée d'une certaine quantité d'eau. Le dr Bonati (5) employa ce moyen chez un homme de 22 ans, atteint de volvulus grave. Pendant quatre jours le malade fut traité par les saignées et les purgatifs; les symptômes ne s'amen-

(1) Gaz. méd., année 1838, p. 218.
(2) Journ. des connaiss. méd. chir. de Martin Lauzer, année 1863, p. 39.
(3) Gaz. méd., année 1863, p. 440.
(4) Gaz. méd., année 1841, p. 88.
(5) Gaz. méd., année 1835, p. 7.

daient pas. Le cinquième jour, M. Bonati fit une injection d'eau, avec l'hydrolabe. Le lendemain, les accidents se calmèrent et la guérison fut obtenue. Ajoutons que ce malade prit aussi du mercure coulant, après l'injection.

M. Isnard a publié un travail (1) dans lequel il relate des succès, dus à l'usage des injections forcées dans les cas d'occlusion intestinale. Cet auteur dit qu'il connaît dix observations d'iléus traité par les injections d'eau; deux de ces observations lui appartiennent, mais il n'en donne aucune. Il pose des conclusions dans lesquelles il dit que la manœuvre est facile, sans danger; que la quantité d'eau ne peut être précisée d'avance; que les effets produits sont excellents; que ces injections sont applicables à toutes les époques de la maladie.

J'ai beaucoup regretté que le Dr Isnard n'ait pas fait connaître ses observations, car la simple énonciation d'un fait ne suffit pas pour entraîner la conviction.

Ajoutons un fait du Dr E. Gurlt (2) : *Guérison d'un iléus après douze jours de durée.* Il est question d'une femme de 42 ans, laquelle avait une hernie ancienne. Elle présenta des symptômes d'iléus, fut traitée d'abord par les purgatifs, puis on fit des injections d'eau froide par l'anus. La guérison s'ensuivit.

Il n'y a pas d'autres détails, mais ce qui est dit suffit pour nous permettre de reconnaître dans ce cas l'application du traitement dont nous parlons.

Voilà donc trois moyens mécaniques : injestion de balles de plomb ou de mercure coulant; insufflation dans l'intestin; injections forcées dans l'intestin. Je laisse de côté l'aspiration des gaz.

Ces trois modes de traitement ont donné des succès ; cependant nous rejetons le premier, mais nous n'hésiterions pas à avoir recours aux deux autres le cas échéant, tout en étant très-réservé dans nos espérances, ainsi que le dit Malgaigne : « La difficulté consiste d'abord à diagnostiquer

(1) *Gaz. méd.* 1866, p. 777.
(2) *Clinique chirurg.* du prof. Langenbeck. *Gaz. méd.* ann. 1854, p. 312.

» le volvulus, ensuite à reconnaître que ce volvulus est
» d'une nature favorable : deux choses dont la certitude
» ne peut guère être acquise que par l'auptosie. Enfin, en
» supposant même ces deux données obtenues, il faut bien
» reconnaître que, chez certains sujets, la valvule (iléo-
» cœcale) résiste... »

Passons à présent aux moyens chirurgicaux.

L'historique de cette question a été parfaitement tracé par Hévin, dans un mémoire intitulé : Recherches historiques sur la gastrotomie, ou l'ouverture du bas-ventre, dans le cas de volvulus, ou de l'intussusception d'un intestin ([1]).

Praxagore passait pour avoir le premier osé ouvrir le ventre dans les cas de volvulus, et être allé aussi à la recherche des portions d'intestin invaginé, dans le but de remettre les parties en place. Hévin reprenant le texte de Cœlius Aurelianus, conclut que l'opération pratiquée par Praxagore doit être, non pas la gastrotomie, mais l'opération de la hernie étranglée.

Paul Barbette conseille positivement de faire la gastrotomie... « an non etiam proestaret, facta dissectione musculorum et peritonœi, digitis susceptum intestinum extrahere, quam morti œgrotantem committere ([2]). »

Je n'ai pas à refaire l'historique de cette opération ; on trouve dans le mémoire d'Hévin la relation de plusieurs cas de volvulus dans lesquels la gastrotomie a été pratiquée.

Hévin rejette et condamne cette opération, mais vraiment on ne sait au juste qu'elle était son opinion, car dans un autre mémoire, lequel ne se trouve pas dans l'édition in-4° de 1768, mais qui a été publié dans une édition en trois volumes, récente, de M. Victor Rozier, éditeur à Paris (3e volume, page 568), Hévin, dis-je, pose des conclusions toutes différentes et se montre partisan de la gastrotomie. On estime que ce mémoire inédit est celui qu'il avait fait d'abord, et qu'il avait changé ses conclusions sous l'influence des critiques de quelques-uns des membres de l'Académie

(1) Mém. de *l'Académie royale de chirurgie*, 1768, in-4° T. IV, p. 201.
(2) Paul Barbette. Opér. chir. anat. 1672, lib. X. chap. II.

de chirurgie. Je suis d'autant plus porté à croire que, dans le fond de sa pensée, Hévin était partisan de la gastrotomie, qu'il conseille positivement cette opération dans son mémoire bien connu : *sur les corps étrangers arrêtés dans l'œsophage*. Qu'on lise, à la fin de ce mémoire, les deux paragraphes ayant pour titre : *Opération de l'entérotomie pour tirer les corps étrangers, et cas où l'opération de l'entérotomie paraît surtout nécessaire et facile*, et l'on pourra se convaincre que son opinion était tout-à-fait favorable à cette opération.

Quoi qu'il en soit, la gastrotomie a été pratiquée plusieurs fois dans les cas de volvulus. Elle a réussi entre les mains d'un jeune chirurgien militaire (1), de Nuck (2) et de Fuchs (3).

Dupuytren conseille la gastrotomie, comme dernière ressource, dans les cas d'occlusion intestinale. Lui-même a fait cette opération, une fois, sur un malade du docteur Récamier, mais il ne put découvrir le siége de la lésion ; le malade succomba. On peut lire la relation de ce fait dans ses leçons cliniques.

Dans les auteurs modernes, on trouve quelques observations de gastrotomie pratiquées dans le but d'aller détruire soit l'invagination, soit l'étranglement interne des intestins.

Le docteur E. Crisp a publié un travail très-intéressant sur la gastrotomie dans les cas d'obstruction intestinale. Il conclut à la pratique de cette opération (4).

Le docteur Golding Bird a eu recours à la gastrotomie chez un jeune homme de 20 ans, offrant tous les symptômes de la passion iliaque. L'opération fut faite le 16e jour de la maladie. On arriva aux parties lésées par une longue incision sur la ligne blanche. L'intestin fut dégagé, le cours des matières rétabli. Mais le malade mourut 9 heures après l'opération (5).

(1) Sepulchr. Anat. de Bonet T. III. § 14.
(2) Haller. Disput. anat. T. VII, p. 97.
(3) Arch. gén. de méd. T. IX, 2e série, p. 118, ann. 1835.
(4) The Lancet. Mai 1847.
(5) London. Médico-chirurg. transactions. T. XIII, 1847 et Union médi-

Le docteur Laroyenne, chirurgien en chef désigné de l'hospice de la charité de Lyon, a pratiqué aussi la gastrotomie ; c'est de sa propre bouche que je tiens les détails du fait que je vais raconter. Il s'agissait d'un jeune homme présentant les symptômes d'une obstruction intestinale, la nature des accidents ne laissait pas de place au doute, on sentait une tumeur dans la fosse iliaque droite ; M. Ollier fut appelé à donner son avis, l'opération de la gastrotomie fut décidée, mais différée de vingt-quatre heures, afin d'essayer d'abord l'action des moyens plus doux que l'intervention chirurgicale. Les accidents persistèrent, et M. Laroyenne entreprit l'opération ; il eut l'heureuse chance de découvrir tout de suite le point où siégeait l'obstacle aux cours des matières : c'était une invagination de l'intestin, mais des adhérences solides s'étaient déjà établies entre les portions invaginées, et elles opposèrent une résistance complète aux manœuvres que fit M. Laroyenne pour dégager l'intestin; cet habile chirurgien se décida alors à établir un anus artificiel. Malheureusement le malade ne survécut pas longtemps à cette opération.

Dégageons tout de suite de cette intéressante observation la conséquence et l'enseignement pratique qu'elle renferme ; c'est que l'opération doit être pratiquée de bonne heure, afin de ne pas laisser aux adhérences le temps de se former. Du reste, nous reviendrons bientôt sur ce point, à propos de l'entérotomie.

Je n'hésite pas à le dire, l'opinion de Barbette me paraît parfaitement fondée. Il vaut mieux tenter une opération grave, périlleuse, que d'assister de sangfroid à l'agonie d'un malade.

Et puis l'ouverture du ventre est-elle donc une opération si fatalement redoutable? Et si elle a été pratiquée rarement dans les cas de volvulus, combien de fois depuis quelques années ne l'a-t-elle pas été pour d'autres affections? On

cale. T. II, p. 6. Ann. 1848. Le malade était dans le service du docteur Golding Bird, médecin de l'hôpital de Guy , et l'opération fut pratiquée par le docteur J. Hilton, chirurgien du même hopital.

devine que je fais allusion à l'ovariotomie. Comptons les succès de cette opération ; certes, ils sont nombreux. Il me semble que l'exemple de M. Kæberlé doit être suivi dans une voie différente, il me semble que ses succès doivent autoriser les chirurgiens modernes à suivre les conseils de Barbette. Il est parfaitement démontré que le péritoine ne réagit pas aussi violemment qu'on le croyait contre les blessures faites par le bistouri ; ce qui cause les péritonites ce n'est pas l'incision, mais bien l'épanchement des matières. Les difficultés sont grandes, sans doute, mais une fois le diagnostic établi, et dans la grande majorité des cas de *passion iliaque*, le doute ne subsistera qu'entre ces deux accidents : invagination des intestins, ou étranglement interne ; or c'est dans ces deux cas que la gastrotomie peut rendre d'éminents services ; une fois, dis-je, le diagnostic établi, le chirurgien n'est-il pas en droit de tenter une opération qui peut sauver les jours de son malade ?

Un autre moyen chirurgical est l'entérotomie.

On trouve quelques préceptes à ce sujet dans les ouvrages de Louis ([1]), dans le mémoire de Hévin ([2]), dans Boyer([3]), dans les leçons cliniques de Dupuytren ([4]).

M. Manoury, dans sa *dissertation sur l'iléus*, repousse la gastrotomie faite dans le but de dégager l'intestin, mais il propose la création d'un anus artificiel.

M. Monod a pratiqué cette opération à l'hôpital Cochin : Observation d'iléus et de gastrotomie, recueillie à l'hopital Cochin, dans le service de M. Briquet, et suivie de considérations sur l'opération dans cette maladie, par M. Ducros, interne des hopitaux ([5]). Il s'agit d'une femme de 25 ans, laquelle avait présenté des symptômes d'iléus à marche lente. Entrée à l'hopital le 8 mai, elle fut opérée le 5 juin et mourut le 7. A l'autopsie, on trouva un rétrécissement du cœcum par une masse squirrheuse.

([1]) 1757, *Mémoire sur les hernies avec gangrène.*

([2]) *Mém.* cité. Observ. par M. BRAILLET.

([3]) *Malad. chirurg.* tome VII.

([4]) DUPUYTREN, *Leçons orales de clin. chirurg* 1839. 2e édit. t. III, p. 661.

([5]) *Arch. gén. de méd.* 1838, 2e série. t. II, p. 455.

M. Laugier donne le précepte formel de pratiquer cette opération ; il dit([1])... « elle pourrait convenir dans quelques » autres étranglements internes que ceux qui résultent de » la réduction des hernies. Cette opération est la gastroto- » mie, mais pratiquée dans un but particulier. »

M. Maisonneuve a fait un travail spécial sur ce sujet : Mémoire sur l'entérotomie de l'intestin grêle dans les cas d'oblitération de cet organe ([2]), présenté à l'Académie des sciences le 2 décembre 1844.

M. Maisonneuve propose deux méthodes :

1° Établissement d'un anus artificiel.

2° Anastomose de deux anses intestinales placées l'une au dessus, l'autre au dessous de l'obstacle.

Le travail de M. Maisonneuve est purement dogmatique et ne s'appuie sur aucun fait ; depuis qu'il a paru, quelques chirurgiens ont suivi ses préceptes et pratiqué l'entérotomie.

M. Reali ([3]) a publié l'histoire d'un cas de volvulus guéri par la gastrotomie. Sa narration manque de clarté. Homme de 30 ans, symptômes d'iléus, accidents graves, gastrotomie. M. Reali arrive sur une tumeur formée par un *nœud des intestins*, nœud qu'il ne peut défaire ; alors il fit trois incisions sur l'anneau intestinal ; les incisions faites, les intestins purent être dégagés, les incisions furent fermées à l'aide de l'enteroraphie, et les parties réduites. Guérison.

Je puis citer encore un fait dû à M. Anderson : iléus avec opération, par M. Anderson ([4]).

Le sujet était un homme de 32 ans, présentant des symptômes d'iléus — tumeur dans la fosse iliaque gauche — 27 jours après le début de la maladie. M. Anderson se décide à intervenir, et fit l'opération de l'anus artificiel. Le malade fut emporté par une péritonite, 23 jours après.

Dans un autre cas, M. Henry Cooper ([5]) employa la

([1]) *Bulletin chirurg.* tome I. p. 368.
([2]) *Arch. gén. de méd.* 1845. 4e série. T. VII, p. 448.
([3]) *Gazette médicale*, 1849. page 106.
([4]) Gaz. méd., année 1859, p. 140.
([5]) Gaz. méd., année 1858, p. 104.

même méthode, mais avec un procédé différent, qui me paraît, du reste, devoir être abandonné.

Chez une femme de 34 ans, qui depuis onze jours souffrait des accidents de l'obstruction intestinale, il fit une ponction, à la hauteur du cœcum, avec un gros trocart. Il y eut formation d'un anus artificiel. Le fait est donné sans plus de détails, on ne sait même pas ce qu'est devenue la malade.

Les observations les plus remarquables sur ce sujet sont tirées de la pratique de M. Nélaton. (1) On trouve dans son traité de chirurgie la relation de trois cas d'iléus, pour lesquels il pratiqua l'entérotomie, et, disons-le tout de suite, deux fois avec succès. Ce fut d'abord chez un jeune homme de dix-huit à vingt ans ; il présentait depuis huit jours des symptômes d'étranglement interne, quand M. Nélaton l'opéra. Il y eut d'abord une amélioration sensible dans l'état du malade, mais elle fut de peu de durée, et la mort survint trente heures après l'opération. Nous reviendrons sur cette observation à propos des lésions découvertes à l'autopsie.

Le sujet de la deuxième observation était un jeune homme de vingt ans, souffrant depuis treize jours de la passion iliaque ; la mort paraissait imminente quand on se décida à pratiquer l'opération. M. Nélaton ouvrit l'intestin, donna issue aux matières, établit un anus contre nature ; le malade fut sauvé, et deux mois après l'opération, l'anus contre nature avait lui-même disparu.

La troisième opération d'entérotomie fut pratiquée sur une femme, dans des circonstances analogues ; la double guérison, et de l'iléus et plus tard de l'anus contre nature, fut obtenue de la même manière.

Ces deux succès sont dignes de fixer l'attention des chirurgiens, car il s'agit d'un mal presque fatalement mortel, et d'une opération dont on s'effrayait trop.

Voilà donc deux moyens chirurgicaux, la gastrotomie et l'entérotomie ; ils peuvent être combinés ensemble, c'est-à-dire qu'après avoir pratiqué la gastrotomie, si on ne découvre pas l'obstacle, ou si on ne peut dégager les parties, il restera

(1) Nélaton. Eléments de pathologie chirurgicale. T. IV, p. 461, 481, 482.

la ressource de créer un anus artificiel. On se rappelle que c'est ainsi qu'a agi M. Laroyenne.

De la sorte, on répond à l'objection faite à la gastrotomie par M. Judson ([1]) qui, à l'autopsie d'un enfant, trouva une invagination avec adhérences assez solides, puisqu'il y eut impossibilité de désengager les parties invaginées. En pareil cas, dit-il, la gastrotomie serait inutile ; sans doute, mais on pourra alors pratiquer un anus artificiel par l'entérotomie.

Qu'il me soit permis de citer encore une observation, laquelle n'appartient plus à la médecine humaine, mais à la médecine vétérinaire. A la séance de l'Académie de médecine du 16 mars 1841, M. Bouley a présenté l'observation d'une invagination de l'intestin grèle, chez une génisse, guérie par la gastrotomie. L'opération avait été pratiquée par un vétérinaire du département de Lot et Garonne, dont on ne dit pas le nom.

On ne peut pas conclure rigoureusement des animaux à l'homme, en pathologie, mais on peut tirer des observations faites sur les animaux quelques applications souvent utiles.

Arrivé à ce point, il faut prendre une décision; eh! bien, je conclus, et malheureusement sans pouvoir m'appuyer sur ce qui fait la force du praticien, sur des observations nombreuses et rigoureuses, je conclus que dans les cas de volvulus confirmé, le chirurgien est autorisé à tenter la dernière chance qui reste à son malade, l'ouverture du ventre, et la recherche des lésions qui produisent l'obstacle au cours des matières. Je crois que cette opération doit être tentée : 1° parce que, dans la plupart des cas, le diagnostic peut être suffisamment établi, 2° parce que le chirurgien arrivé sur l'obstacle pourra souvent dégager l'intestin, et que s'il ne le peut pas, il lui restera la ressource de pratiquer un anus artificiel, 3° parce que les exemples d'opération d'ovariotomie nous sont un garant de la réussite possible de l'opération, au point de vue de la sensibilité du péritoine, 4° parce que c'est la seule chance de salut qui reste au malade.

([1]) *Gazette médicale* 1837, p. 797.

§ 2. — *Etranglement intestinal.*

La deuxième variété du premier ordre que nous avons admis est l'étranglement intestinal. — L'étude de cette forme d'occlusion a été très-bien faite par M. Charles Rokitanski, professeur de pathologie à l'université de Vienne ([1]).

Anatomie pathologique. — M. Rokitanski décrit trois espèces d'étranglement.

« 1° Rétrécissement ou oblitération complète d'un ou » plusieurs points du canal intestinal, résultant d'une » pression qui, exercée sur lui par une autre partie de » l'intestin, ou de son mésentère, agit de manière à le » serrer contre le point opposé de la paroi abdominale. »

L'auteur cite quatre observations assez détaillées, dans lesquelles ont a trouvé à l'autopsie la forme d'obstacle qu'il vient de décrire.

Voici comment les parties sont disposées. Le mésentère ou l'intestin a été trouvé fixé dans une petite étendue à un point des parois abdominales par un pédicule, puis une masse plus au moins considérable d'intestins étaient attachés à ces pédicules, comme un poids suspendu au bout d'une corde ; une autre portion d'intestin passait en dessous du pédicule, entre celui-ci et la paroi profonde et résistante de l'abdomen, et cette portion était comprimée par le pédicule tendu par le poids de la masse intestinale.

Dans les cas observés par M. Rokitanski, la compression était exercée sur le gros intestin par l'intestin grêle.

La deuxième espèce d'étranglement a reçu de M. Rokitanski le nom d'*étranglement rotatoire*. « Elle consiste » dans la rotation d'une partie autour d'un axe formé par » une autre partie ; elle renferme trois variétés : 1° la » rotation d'une portion d'intestin autour de son axe propre; » 2° autour d'un axe formé par le mésentère ; 3° la troi- » sième variété est celle dans laquelle une partie de l'intestin

([1]) *Medicisniche Jarbucher* 1836. Traduct. dans *arch. gén. de médecine*. 2e série, tome XIV, année 1837.

» forme l'axe autour duquel s'enroule complétement une » autre partie plus étendue avec son mésentère. »

L'auteur cite six observations dans lesquelles cette deuxième forme d'étranglement a été constatée. La rotation de l'intestin autour de son axe propre s'est présentée une seule fois, dans les portions ascendante et transverse du colon (1). La seconde variété ne peut exister que dans l'intestin grêle ; dans ces cas une portion du mésentère forme une sorte de cône, autour duquel s'enroule l'intestin grêle ; la laxité, la facilité des mouvements de cet intestin se prêtent à cette disposition des parties. Une fois l'enroulement produit, il y a d'abord arrêt des matières ; sous cette influence, turgescence plus ou moins considérable des parties enroulées ; puis, sans doute, travail inflammatoire et adhérences. L'enroulement devient alors permanent, et présente au cours des matières un obstacle insurmontable.

Enfin, dans la troisième variété, ce n'est plus autour du mésentère, mais bien autour d'une portion de l'intestin que d'autres portions viennent s'enrouler. Quand je dis autour du mésentère, le mot n'est pas bien juste : j'aurais dû dire autour du mésentère seulement, car il peut arriver que cette dernière variété d'enroulement vienne s'ajouter à celle que nous venons de décrire. Une première portion d'intestin s'est d'abord enroulée autour de l'axe formé par le mésentère, et une seconde portion vient encore s'enrouler autour de la première. Dans les cas observés, cet axe a été trouvé plusieurs fois formé par l'intestin grêle, et d'autres fois par le cœcum ou l'S du colon.

Tous ces étranglements semblent favorisés par des adhérences de l'intestin à quelques points des parois de l'abdomen, et par l'existence d'anciennes hernies.

La troisième espèce d'étranglement renferme un très-grand nombre de variétés. « Cette espèce est causée par un » arrangement particulier des parties, résultat lui-même » d'un vice de conformation, ou consécutif à une maladie.

(1) M. Trousseau a publié une observation dans laquelle sont indiquées des lésions anatomiques semblables. — (*Gazette des hôp.* 1857, page 201).

» Dans ces cas, l'intestin est étranglé par des anneaux ou
» des fentes formées : 1° par des fibres ou des bandes cellulo-
» membraneuses étendues d'un organe à un autre ; 2° par
» l'adhérence de l'extrémité libre de l'appendice vermiforme
» à quelques points des parois de l'abdomen, ou à une
» portion de l'intestin ou du mésentère ; 3° par des diverti-
» cules adhérents ; 4° par l'adhérence de deux circonvolu-
» tions à un même point ; 5° par des perforations ou des
» fentes, soit dans le mésentère, soit dans l'épiploon,
» altérés par la maladie. »

On pourrait encore ajouter à ces différentes variétés d'étranglement quelques autres formes qu'on ne sait vraiment comment classer ; ainsi le fait de Blandin (1), dans lequel on voit une vaste portion de l'intestin grêle s'engager dans l'hiatus de Winslow, sortir par une ouverture faite au mésocolon, et s'étrangler dans cette ouverture.

Ainsi encore le fait de Paget, l'intestin étant étranglé dans la partie du péritoine destinée à former la tunique vaginale, et un autre cas d'étranglement par le repli péritonéal recto-vésical.

Je crois qu'on peut s'en tenir à la classification que nous venons de donner, d'après M. Rokitanski, car elle embrasse le plus grand nombre des faits connus ; et quant aux faits insolites que nous venons de signaler, on pourrait les ajouter, sous un titre vague, laissant place à tous ceux du même genre qui seront peut-être encore observés.

De ces différentes espèces d'occlusions intestinales, celle qui paraît la plus commune est l'étranglement de l'intestin par une bride, quelle que soit, du reste, la nature de cette bride. Tantôt c'est un diverticulum de l'intestin, d'autres fois c'est l'appendice vermiculaire, d'autres fois encore c'est une bride congéniale ou accidentelle. Je crois inutile de présenter des observations de ce genre de lésion ; on en trouvera un très-grand nombre dans les différents recueils scientifiques.

M. Parise a publié un excellent mémoire sur ce sujet :

(1) *Traité d'anat. topog.* 2e édition, page 467.

Mémoire sur le mécanisme de l'étranglement intestinal par nœud diverticulaire, présenté par M. Malgaigne à l'Académie de médecine (Paris, 1851).

Le mécanisme de l'étranglement de l'intestin grêle, soit par une bride, soit par une fissure du mésentère, se comprend très-bien ; mais lorsqu'on trouve les anses intestinales enroulées autour du mésentère, ou sur elles-mêmes, on se demande par suite de quelle série de mouvements d'aussi singulières dispositions ont pu se produire. Il est vrai que la recherche de ces causes intimes et rapprochées n'offre pas un bien grand intérêt, car elle n'achève en rien la prophylaxie et le traitement.

Causes. — A propos de l'étiologie de l'intussusception, nous avons été très-réservé, ne reconnaissant presque aucune cause non discutable. Pour les causes occasionnelles de cette deuxième espèce d'obstacle au cours des matières, nous pourrons, sinon affirmer, du moins avancer quelques propositions moins douteuses.

Il faut cependant admettre d'abord une prédisposition organique; mais cela admis, nous verrons que dans un grand nombre de cas les accidents se sont produits à la suite d'un effort, à la suite de l'ingestion d'aliments en grande abondance. Ces faits ont été signalés dans un bon nombre d'observations, les malades ont été surpris brusquement par une douleur abdominale au moment d'un effort, et à partir de ce moment, les accidents de l'étranglement ont paru.

Il en est de même pour l'ingestion d'aliments en trop grande quantité. M. Levy, (1) dans son Traité d'hygiène, signale cette condition favorable à la production des étranglements de l'intestin ; il cite à cette occasion l'observation très-intéressante d'un malade de son service, alors qu'il était professeur de clinique à l'école du Val-de-Grâce. (2) C'est l'histoire d'un soldat qui immédiatement après une course

(1) *Traité d'hygiène publique et privée.* 4e édition. T. II, p. 396.

(2) *Observation sur une nouvelle forme d'étranglement*, dite par nœud intestinal ; par M. le professeur Levy. *Gaz. médicale*, 1845, p. 129.

longue et précipitée fit un copieux repas, et ce repas fut fait en peu d'instants, les aliments étant engloutis plutôt que mangés, et à peine sorti de table, cet homme regagna au pas de course sa caserne assez éloignée de l'endroit où il se trouvait. Bientôt après apparurent les symptômes d'un étranglement intestinal, le malade fut porté à l'hôpital, et il mourut au bout de peu de jours.

Dans ce cas, l'effet a suivi de si près la cause que celle-ci ne peut être méconnue ; il faut accuser non-seulement la quantité d'aliments ingérés, mais encore les courses précipitées qui ont précédé et suivi le repas. M. Levy insiste sur ce point, et au nom de l'hygiène condamne les mouvements actifs après les repas.

L'observation est intéressante aussi au point de vue de l'anatomie pathologique. A l'autopsie, on trouve l'étranglement ainsi disposé : un diverticulum intestinal forme un nœud embrassant en manière de huit de chiffre une double anse qui, développée, présente 2 mètres de long et est constituée par toute l'extrémité inférieure de l'iléon, moins les 12 derniers centimètres qui tiennent à la valvule iléo-cœcale.

Un fait du même genre, observé par M. Huguier, a été communiqué à l'Académie de médecine. (Séance du 8 avril 1851, communication faite par M. Bouvier). Femme de 24 ans, venant d'accoucher. Douleurs abdominales subites, après l'ingestion d'un gros plat de pommes de terre. Mort. A l'autopsie, on trouva un étranglement formé par un appendice de l'intestin.

Je le répète, on rencontre toujours une cause organique préexistante, mais la cause occasionnelle des étranglements de ce genre peut être souvent trouvée dans des efforts, dans des écarts de régime.

Le sexe n'a aucune influence. L'âge doit être pris en considération. Je l'ai déjà dit, à propos de l'intussusception, celle-ci est beaucoup plus commune chez les enfants ; par contre, l'étranglement interne est assez rare dans l'enfance, d'un an à huit ; le plus grand nombre de faits observés l'ont

été chez des personnes de 18 à 30 ans; mais, à partir de cet âge-là, les faits se succèdent sans se grouper, et on ne peut plus indiquer une période de la vie dans laquelle les étranglements de l'intestin s'observeraient plus communément.

Quant aux états morbides qui peuvent favoriser la production de cet accident, nous signalerons d'abord les hernies anciennes qui, ainsi que le fait remarquer M. Rokitanski, ont une influence manifeste sur la formation de singulières lésions intestinales, causes d'étranglement, et aussi les péritonites dont la préexistence se rencontre dans un certain nombre d'observations.

En nous résumant, nous voyons qu'à propos de l'étiologie des étranglements internes, il faut tenir compte, comme causes prédisposantes, de l'âge du sujet, de la présence ou de l'absence de hernies, de certaines maladies antérieures telles que la péritonite, et comme causes occasionnelles, de deux circonstances physiques surtout, les efforts et les écarts de régime.

Marche, terminaison. — La marche des accidents de l'étranglement interne est un peu différente de celle que suivent les accidents dus à l'intussusception intestinale; nous reviendrons sur ce point à propos du diagnostic différentiel. Le plus souvent l'attaque est brusque, parfois cependant elle est précédée de quelques symptômes avant-coureurs. Une fois les accidents déclarés, la maladie fait des progrès rapides, rarement elle se prolonge au-delà de cinq à six jours. La terminaison est bien rarement heureuse, et le malade ne peut presque pas compter sur l'intervention favorable de la nature. Dans les cas d'invagination, la guérison survient quelquefois spontanément, par suite de l'expulsion des parties invaginées, la continuité du canal étant conservée; dans les cas d'étranglement interne, il ne peut en être ainsi qu'exceptionnellement, et si la mortification s'empare des parties, il y a bien vite un épanchement de matières dans l'abdomen par le bout divisé. Cet épanchement de matières, suite à peu près forcée de la

gangrène (1), est sans doute la cause de la plus grande fréquence de la péritonite dans cette forme de lésion intestinale. Je dois ajouter que la gangrène et aussi la péritonite, paraissent survenir plus fréquemment dans les cas où l'obstacle au cours des matières a lieu par le fait d'une bride, ou de l'étranglement de l'intestin par une membrane au travers de laquelle il s'est engagé (3e forme de M. Rokitanski), que dans les cas où cet obstacle est formé par l'enroulement des anses intestinales (2e forme).

Il est probable toutefois que les seuls efforts de la nature ont donné quelques guérisons. Mais comment oser l'affirmer? Qui peut se flatter d'avoir porté un diagnostic certain? Cependant, chez certains sujets qui avaient présenté tous les symptômes de la passion iliaque, chez lesquels on avait reconnu autant que possible la nature de l'obstacle, qui n'ont rendu par les selles aucune portion d'intestin et qui ont guéri sous l'influence de traitements anodins, ne peut-on pas croire que la guérison est due aux seuls efforts de la nature?

Le docteur Behr (2) cite un cas dans lequel on trouve réunies les conditions que nous venons d'énumérer.

Dans le mémoire d'Henri (3), on lit une observation due à Lafaye, dans laquelle il est rapporté que la gangrène s'était emparée de la bride formant l'étranglement. « Cette bride était de couleur noire et déjà gangrenée au point qu'il ne fallut qu'un léger effort pour la rompre. Si le malade avait pû résister jusqu'à cette rupture, il aurait trouvé son salut dans les progrès mêmes du mal. »

M. Foucher (4) a présenté à la Société anatomique une pièce sur laquelle on voyait une communication accidentelle entre deux parties d'intestin, par une perforation survenue dans les parois des viscères accolés.

(1) Pour que cet épanchement n'eût pas lieu, il faudrait que la continuité du canal fût sauvée par des adhérences externes, comme cela s'est vu dans les expériences de Travers sur les chiens; mais les conditions sont bien différentes.

(2) *Arch. gén. de méd.* 1825, 2e série, t. VII, p. 129.

(3) Loc. cit. p. 238.

(4) *Bulletin de la Société anatomique*, 1852, t. XXVII, p. 55.

Remarquons encore que plusieurs malades avant de succomber à une dernière attaque, ont raconté qu'antérieurement ils avaient passé par plusieurs crises semblables et qu'ils s'étaient trouvés guéris après quelques jours de souffrance.

Admettons donc cette guérison comme possible, mais gardons-nous de conclusions positives que les difficultés du diagnostic ne nous permettent pas d'affirmer.

Symptômes. — *Diagnostic.* — Les symptômes de l'étranglement interne sont à peu près les mêmes que ceux de l'intussusception, lesquels ont été longuement énumérés. D'une manière générale, l'arrêt des matières dans l'intestin s'annonce par les mêmes signes, quel que soit l'obstacle qui produit cet arrêt. Ces signes ont été indiqués déjà; aussi, à présent, ne ferons-nous plus que chercher les nuances qui pourront nous permettre d'établir le diagnostic différentiel.

La plupart des auteurs ont signalé des différences dans la façon dont les accidents apparaissent, suivant qu'on a affaire à une intussusception intestinale ou à un étranglement interne. Ainsi, disent-ils, les accidents de l'intussusception ont une marche plus lente, les malades ont d'abord des douleurs vagues, présentant des symptômes semblables à ceux de l'entérite, et ce n'est que peu à peu que les accidents arrivent à ce summum d'acuité qui caractérise la maladie. Dans les cas d'étranglement, le début serait plus brusque, la marche des accidents plus rapide. Ces propositions sont vraies, en général ; souvent cependant ces faits ne sont pas tellement accentués qu'ils puissent servir de base à un diagnostic différentiel positif. Dans les cas d'étranglements internes, on a vu aussi les accidents sérieux et graves être précédés de douleurs vagues, de troubles intestinaux mal déterminés.

Je prends au hasard deux observations, que je dois à l'obligeance de M. Dexpers, médecin-major de 1re classe, à l'hopital de Perpignan; je transcris seulement les faits principaux. Le sieur Rivière, soldat au 25e de ligne, a succombé après avoir présenté les symptômes d'un étranglement

interne, vérifié par l'autopsie. Cet homme entre à l'hopital de Perpignan le 25 octobre 1862, à 10 h. du soir, présentant des symptômes cholériformes ; il a toute sa connaissance ; il raconte qu'il éprouve des coliques depuis trois jours, mais que *les deux premiers jours, elles ont été assez légères pour lui permettre de faire son service et d'aller à l'exercice.*

Dans la seconde observation, les accidents prodromiques sont plus détaillés. Sergent au 2e de ligne, 30 ans, entré à l'hopital de Perpignan le 1er juillet 1866. *Depuis huit jours, il éprouvait un état de malaise général accompagné de constipation*, qu'il avait crû devoir combattre en s'administrant du sulfate de soude, qui n'avait déterminé que des vomissements. Cet état dure jusqu'au 28 juin ; ce jour-là, il fait un copieux repas, mais il le vomit bientôt, les selles sont complétement supprimées, et les douleurs abdominales se déclarent. Entrée à l'hopital et mort peu de jours après.

Dans ces deux exemples, nous voyons que les accidents graves n'ont pas débuté brusquement, mais qu'ils ont été précédés de douleurs abdominales, de constipation, etc.

J'ajoute, à propos de la seconde observation, que le malade a raconté qu'à l'âge de 19 ans, il avait eu des accidents semblables ; après trente jours de souffrance, une évacuation abondante fut déterminée par l'ingestion de sept gouttes de quelque chose d'amer sur un morceau de sucre, sans doute de l'huile de croton, et il se trouva guéri.

Ces réserves faites sur le début de la maladie, disons que ces symptômes prémonitoires ont une durée plus courte que dans les cas d'invagination, et lorsque des symptômes aigus leur succèdent rapidement, lorsqu'ils éclatent alors brusquement et avec violence, surtout si c'est à la suite d'un effort, on aura de bonnes raisons de croire que c'est à un étranglement qu'on a affaire et non à une intussusception.

De même aussi, la marche des accidents déclarés est plus rapide dans les cas d'étranglement interne que dans ceux d'invagination de l'intestin. C'est aussi dans ces cas qu'on voit plus souvent survenir la péritonite.

Les signes physiques peuvent être un peu plus explicites. Dans les cas d'invagination, la main peut sentir pres-

que toujours une tumeur, habituellement située dans une des fosses iliaques, surtout la droite, tumeur légèrement mobile sous l'influence des paroxysmes de douleur. Dans les étranglements internes, il y a moins souvent une tumeur sensible; quand elle existe, cette tumeur est située dans les différents points de l'abdomen et non pas seulement dans les fosses iliaques; de plus, elle n'est pas ou à peine mobile.

Tous ces symptômes pris isolément ont une importance médiocre, ils seront souvent insuffisants, mais lorsqu'ils seront bien accentués, lorsqu'ils seront réunis, ils pourront servir utilement au diagnostic; il est donc fort important de n'en négliger aucun.

Comme commémoratifs, il ne faudra pas oublier que l'intussusception s'observe plus souvent dans l'enfance, et l'étranglement à l'âge adulte; il faudra rechercher aussi les maladies antérieures, se souvenant que les hernies anciennes et les péritonites, les contusions, les plaies des parois abdominales peuvent avoir amené une disposition des parties favorable à l'étranglement, tandis que l'invagination succèderait plutôt à des entérites, à des diarrhées chroniques.

Nous avons déjà indiqué les signes à l'aide desquels on peut reconnaître approximativement le point de l'intestin où siége la lésion.

Traitement. — Les indications du traitement me semblent être les mêmes que celles que nous avons discutées à propos de l'invagination intestinale; le chirurgien se trouve en présence des mêmes difficultés, et il ne peut les surmonter que par les mêmes moyens ; je pense qu'il doit intervenir activement. Je ne veux pas dire qu'au premier signe de passion iliaque on doive s'armer d'un bistouri, et pratiquer la gastrotomie ; mais il convient de ne pas insister sur les moyens pharmaceutiques, sachant le peu d'espérance qu'on doit fonder sur eux; on pourra tenter l'emploi des moyens mécaniques, lesquels seront probablement efficaces dans quelques cas, suivant la forme de l'étranglement; et en désespoir de cause, non-seulement le chirurgien sera autorisé à pratiquer la gastrotomie sans

compromettre son bistouri, mais j'estime que cette opération est une porte de salut devant laquelle il ne doit pas s'arrêter.

§ 3. *Compression de l'intestin.*

La troisième forme d'obstacles mécaniques agissant sur l'intestin sain, en dehors de son calibre, est la compression de l'intestin soit par des organes déplacés ou malades, soit par des productions pathologiques développées dans l'abdomen.

Je ne m'étendrai pas longtemps sur ce sujet, qui offre plus d'intérêt de curiosité que d'intérêt pratique; je me contenterai de citer quelques faits recueillis dans les auteurs.

Il est très-probable que les nombreuses lésions des organes abdominaux, hypertrophie du foie, de la rate, cancer du pancréas, du rein, corps fibreux de l'uterus, etc., ont dû, en plus d'une circonstance, former un obstacle au cours des matières dans l'intestin, obstacle tantôt infranchissable, tantôt se laissant plus ou moins surmonter (1). Dans ces cas, on s'occupe surtout de la maladie première et principale, dont l'occlusion de l'intestin est une conséquence.

Chomel cite un fait d'interruption complète du cours des matières, produite par la pression qu'exerçait sur l'intestin une tumeur cancéreuse développée dans l'abdomen.

Deux observations fort intéressantes de lésions du même ordre ont été publiées dans les *archives générales de médecine et de chirurgie* (2).

Observation d'étranglement intestinal causé par la présence d'une rate supplémentaire dans le grand épiploon, par le dr W. H. Brainbrigge.

Il s'agit d'un groom, âgé de 53 ans, apporté à l'hôpital pour une fracture de la cuisse. Les accidents dus à l'obstruction de l'intestin se manifestèrent le troisième jour après son entrée, et persistant malgré tous les moyens employés,

(1) M. Grisolle a trouvé la cause probable d'un cas d'occlusion de l'intestin, dans la pression exercée par un phlegmon iliaque sur les parois de ce viscère.

(2) *Arch. gén. de méd.*, 1848. 4e série. T. XVI, p. 505 et 506.

ils amenèrent la mort du blessé au bout de quarante-huit heures. On trouva à l'autopsie une rate supplémentaire, qui avait entraîné le grand épiploon en bas du bassin, si bien que l'épiploon formait ainsi une sorte de bride qui étranglait le colon.

Le malade avait raconté que, quelques années auparavant, des accidents analogues s'étaient déclarés chez lui, à la suite d'une blessure pour laquelle il était resté plusieurs jours couché sur le dos.

Le d[r] Bainbrigge fait remarquer, avec juste raison, que c'est la position nécessitée par le traitement de la fracture, qui a provoqué les accidents mortels d'occlusion intestinale. En effet, le décubitus dorsal favorisait la descente de la tumeur dans la cavité du bassin, la corde épiploïque était entraînée et tendue par ce poids, et l'intestin comprimé dans le point sur lequel la corde appuyait (*London, méd. gaz.* 1846).

La seconde observation est due au d[r] F. Alonso.

Observation d'étranglement intestinal causé par le déplacement de la rate et du pancréas.

Le sujet de l'observation est une femme de 35 ans. Dans ce cas, les accidents de l'obstruction débutèrent brusquement; la mort survint le 18[e] jour. A l'autopsie, on constata que la rate hypertrophiée occupait la *fosse iliaque droite*, elle avait entraîné le pancréas, et tirait sur cet organe, lequel devenu vertical, comprimait les intestins placés au-dessous de lui. (*Archiv. dell. med. Espagnola y extran.* 1846.)

Ce fait n'est pas rapporté avec assez de détails pour qu'on puisse savoir si l'étude des antécédents de la malade, de la marche de l'affection, etc., aurait pû révéler des accidents antérieurs, des signes, des symptômes permettant de reconnaître le genre de lésion auquel on avait affaire.

Les observations de ce genre de lésion ne sont pas nombreuses, on en trouve peu dans les auteurs et dans les recueils périodiques; faut-il en conclure rigoureusement à la rareté des obstructions intestinales produites par un organe déplacé ou malade, produites par une tumeur? Je ne le pense pas. Ainsi que je l'ai dit, dans ces différents cas, on

s'occupe surtout de la maladie principale, et beaucoup moins de l'accident secondaire qui en est une conséquence. Ainsi je me rappelle avoir lu, qu'à l'autopsie d'une de ses opérées d'ovariotomie, M. Koeberlé a remarqué l'occlusion d'une portion d'intestin pressé par un ovaire enflammé [1]. Ce petit fait passe inaperçu au milieu de l'histoire bien plus intéressante des autres lésions observées.

Quoi qu'il en soit, les faits de la nature de ceux que nous venons de signaler sont en trop petit nombre, et surtout ont trop peu de rapport entre eux, pour qu'on puisse les grouper et les étudier comme on fait d'une affection spéciale, mais il convient de les citer comme faits particuliers, et de les faire entrer en ligne de compte dans les causes d'occlusion intestinale.

Quant au traitement, on comprend qu'aucune règle ne peut être indiquée pour des cas aussi variés, le plus souvent même aucune indication ne ressortira de l'observation des malades. Remarquons cependant que l'intervention chirurgicale, bien rarement curative, pourra dans quelques cas s'exercer avec avantage, non pas en s'attaquant à la cause des accidents, mais en les combattant par des moyens détournés; ainsi l'opération de l'anus artificiel, en rétablissant le cours des matières, soulagera le malade et prolongera ses jours.

Je le répète, en pareil cas, on ne peut d'avance tracer aucune règle, les questions de diagnostic et de traitement seront résolues par le tact médical, le sens pratique, l'instruction pathologique du médecin.

CHAPITRE II.

Obstacles au cours des matières, provenant d'une maladie, d'une lésion organique ou traumatique de l'intestin lui-même.

Je crois qu'il convient de commencer l'étude des occlusions intestinales rentrant dans cette classe, par une discus-

[1] *Gazette des hopitaux*, 1867.

sion sur l'existence d'une forme d'iléus admise par quelques auteurs, rejetée par la plupart. Je veux parler de ce qu'on a appelé l'*iléus idiopathique*, l'*iléus nerveux*.

Il est parlé de cette sorte d'iléus dans les ouvrages de Barthez ; le phénomène organique qui se produirait d'abord serait le mouvement anti-péristaltique des intestins. Barthez raconte que la matière d'un lavement fait avec une décoction de fleurs de mauve, fut rejetée par les vomissements. On reconnut cette matière à sa couleur et à sa saveur. Mathieu de Gradi, Plouquet, citent chacun un exemple de faits pareils, mais plus merveilleux encore : des suppositoires placés à l'anus seraient remontés dans les intestins et auraient été rendus par la bouche. Le sujet de Plouquet, jeune fille hystérique, aurait rejeté ainsi, par la bouche, plusieurs lavements, et plusieurs suppositoires !

Van Swieten, dans ses commentaires sur les aphorismes de Boerhaave, parle de l'ileus nerveux, mais il ne cite aucun fait.

A une époque plus rapprochée de la nôtre, quelques auteurs ont observé des cas d'obstruction intestinale, qu'ils ont aussi rapportés à l'iléus nerveux, iléus *sine substantia*. Ainsi on lit dans la *Gazette médicale* ([1]) une observation du Dr Cromelink, sous ce titre : Iléus par suppression de la goutte, guéri par les purgatifs joints aux opiacés à haute dose. Je me contenterai de dire que la lecture de cette observation n'enseigne nullement la nature de la maladie, pas plus que la cause invoquée.

A l'Académie de médecine, dans la séance du 21 avril 1846, M. Bouillon-Lagrange a présenté l'observation d'un cas d'*iléus intermittent*, guéri par le sulfate de quinine. Cette observation n'a pas été accueillie avec faveur ; M. Piorry, entre autres, a contesté l'exactitude du diagnostic, et trouvé parfaitement impropre le nom qui avait été donné à la maladie observée.

Pour soutenir l'existence de l'iléus nerveux, on s'est appuyé sur ce fait, que des iléus parfaitement caractérisés

([1]) *Gaz. méd.* ann. 1840, p. 266.

ont guéri sous l'influence de traitements insignifiants. Je rappellerai ce que l'on sait à propos de la terminaison des invaginations, étranglements, etc... cela suffit pour démontrer le peu de fond qu'on doit faire sur une semblable observation. En effet, les *iléus* dus à des causes mécaniques peuvent être amenés à guérison par les seuls efforts de la nature ; de ce qu'un malade atteint de passion iliaque ne succombe pas, il ne s'ensuit pas que son affection fut purement nerveuse, qu'il fut atteint d'un *iléus nerveux*.

La génération médicale actuelle ne croit guère à des causes hypothétiques et inappréciables, produisant des effets parfaitement naturels et saisissables.

J'estime que dans les faits cités par les auteurs dont j'ai parlé, il y a eu d'une part observation complaisante, et, sans doute, simulation, tromperie d'autre part.

Nous n'admettons donc pas l'*iléus nerveux*.

Il est un autre genre d'iléus qui a beaucoup d'analogie avec celui-ci, c'est *l'iléus spasmodique* ; il serait provoqué non plus par le mouvement antispasmodique, mais bien par la construction spasmodique de la tunique musculaire des intestins. Cette contraction est une supposition toute gratuite, elle n'a jamais été démontrée, et l'analogie seule l'a fait admettre. J'ai déjà dit que la guérison spontanée de la passion iliaque ne prouvait rien dans ce sens, et c'est toujours sur des cas de guérison que s'appuyent les auteurs qui reconnaissent ces formes nerveuses de rétrécissement.

Laissons donc de côté l'iléus spasmodique, tout comme nous avons fait de l'iléus nerveux.

L'iléus congénial doit être seulement signalé ; les exemples en sont assez nombreux ; mais ces faits, forts intéressants au point de vue de l'anatomie pathologique, échappent à l'action du praticien.

J'en indiquerai deux observations : observation d'iléus congénial, par le docteur Schuz (1). Il s'agit d'un enfant ayant succombé le jour même de sa naissance, après avoir présenté quelques symptômes d'obstruction intestinale. On

(1) *Gaz. méd.* 1850, p. 628.

trouva l'intestin grêle rétréci, raccorni, jusqu'au volume d'une plume d'oie, dans une étendue de trois à quatre pouces.

Une autre observation, qui a les plus grands rapports avec la précédente, a été publiée par M. Depaul. ([1])

Anatomie pathologique. — Il y a différentes formes d'occlusion intestinale par lésion organique. L'obstacle au cours des matières est quelquefois formé par un épaississement des tuniques, une hypertrophie des tissus de l'intestin; M. Nélaton (2) admet deux espèces d'hypertrophie, celle du tissu musculaire et celle du tissu cellulaire. Ces lésions ont été rencontrées dans toutes les parties du tube intestinal; je les crois cependant plus communes dans le gros intestin que dans l'intestin grêle; en effet, en réunissant les observations de rétrécissement de l'intestin par épaississement des tuniques, j'ai trouvé que le plus grand nombre avait trait au gros intestin.

L'hypertrophie musculaire a tantôt une forme annulaire, tantôt, grâce à un développement inégal des tissus, elle constitue une sorte de tumeur. Dans un cas cité par M. Nélaton, indépendamment d'un rétrécissement annulaire, il existait une petite tumeur mobile, supportée par un pédicule, et obstruant la lumière de l'intestin à la façon d'une soupape. — « C'était un rétrécissement circulaire » formé par l'hypertrophie de la tunique musculaire sur un » point très-circonscrit; à la partie supérieure de ce rétré- » cissement, existait une petite languette, de la grosseur » d'une noisette, mais plus allongée, et supportée par un » pédicule qui lui laissait une mobilité fort grande... L'oc- » clusion devenait complète lorsque les matières par leur » poids appliquaient le petit opercule mobile sur le pertuis » qui existait au centre du rétrécissement. En effet, lorsque » la portion du tube intestinal étant enlevée, on versait de » l'eau par l'extrémité supérieure, rien ne passait par l'ori-

([1]) *Gaz. méd.* 1856, p. 351.

(2) Nélaton. *Éléments de pathologie chirurgicale.* T. IV. p. 459.

» fice; quand, au contraire, on faisait arriver l'eau par le » bout inférieur, le liquide redressait l'opercule et passait » aussi librement que le permettait le rétrécissement lui- » même. »

M. Nélaton, ai-je dit, admet aussi un rétrécissement formé par l'hypertrophie des couches celluleuses de l'intestin, et il indique comme un remarquable spécimen de ce genre d'altérations, une pièce pathologique déposée au musée de l'hopital St-Thomas, à Londres, sous le n° 86.

Dans les différentes observations publiées sur ce sujet, les auteurs n'ont pas poussé assez loin les investigations anatomiques pour reconnaître l'élément hypertrophié; ils parlent d'un épaississement des tissus sans déterminer leur nature musculaire ou celluleuse.

Ainsi, M. Latham Ormesod (1) a publié deux observations d'obstruction intestinale du genre de celles que nous étudions en ce moment; il raconte d'une façon assez peu précise, du reste, qu'à l'autopsie de ses malades, il trouva que l'obstacle au cours des matières était formé par un rétrécissement annulaire de l'intestin ; il n'a pas recherché quel était le tissu hypertrophié? Une poche, existant au dessus du rétrécissement, s'étant rompue, l'épanchement des matières avait provoqué l'inflammation du péritoine.

Cette rupture de l'intestin prouve que ses parois étaient altérées, probablement par le fait d'une ulcération ou d'une inflammation chronique.

M. Dumont Pallier a aussi observé un cas d'iléus par rétrécissement de l'intestin (2); la lésion occupait l'iléon, des rétrécissements multiples avaient été formés par l'épaississement des tuniques de l'intestin. Malheureusement, dans ce cas encore, l'auteur est trop sobre de détails d'anatomie pathologique.

Une autre forme de rétrécissement de l'intestin, c'est la coarctation, résultat de lésions antérieures. Je rappellerai d'abord ce que les auteurs ont souvent dit à propos des

(1) *Gaz. méd.* 1852, p. 175.

(2) Rétrécissements multiples de l'iléon, *gaz. méd.* 1863, p. 166.

hernies. Dans les hernies anciennes, inguinales internes surtout, on peut observer souvent un rétrécissement siégeant dans la partie qui formait le col de la hernie ; il arrive qu'après la réduction de certaines hernies, ce point reste rétréci et ne se laisse plus traverser par les matières. On en trouve des exemples dans les œuvres de Louis (1), Desault (2), A. Cooper (3).

Ce rétrécissement peut encore être le résultat d'une solution de continuité des parois de l'intestin, plaie ou ulcération. Nous avons déjà dit, à propos de l'intussusception, que lorsqu'il il y avait eu expulsion d'une partie sphacelée de l'intestin, une cicatrice se formait au point de réunion des bouts conservés ; cette cicatrice, dans plusieurs circonstances, est devenue la cause d'un rétrécissement de l'intestin ; aussi avons-nous fait remarquer à ce propos, que les malades qui avaient guéri par ce procédé de la nature, restaient exposés à de nouveaux accidents d'ileus, par le fait de cette cicatrice.

Dans les mémoires de l'Académie de chirurgie (4), on trouve .deux exemples de rétrécissement de l'intestin , formés dans des circonstances presque analogues ; une fois à la suite d'une plaie, une autre fois à la suite d'une contusion.

Dans un cas publié par M. Corbin (5) le retrécissement était le résultat d'ulcérations intestinales. Des plis, des froncements de la muqueuse s'étaient formés en différents points, sur des cicatrices consécutives à la guérison des ulcères et produisaient trois rétrécissements à la fin de l'intestin grêle.

Je rappellerai à ce propos un fait discuté et admis par M. Cruveilhier, c'est que les cicatrices résultant de l'ulcération de la membrane muqueuse seule, ne sont pas dures, résistantes, rétractiles, ne sont pas telles qu'elles puissent

(1) *Mém. de l'acad. de chirurg.* T. III. p. 163, T. IV. p. 173.
(2) Oeuvres. T. II. p. 336.
(3) Oeuvres. p. 231.
(4) T. IV. p. 232.
(5) *Arch. gén. de méd.* T. XXIV. p. 215. Ann. 1830. 1re Série.

devenir la cause de coarctations du tube digestif; ce sont les cicatrices des autres tuniques qui forment ces brides épaisses et solides, véritables barrières arrêtant le cours des matières dans l'intestin.

Le cancer, sous sa forme squirrheuse surtout, a souvent envahi les parois de l'intestin. Le cancer du rectum est une maladie fréquemment observée ; je n'en parle ici que pour mémoire, l'étude de cette lésion doit être faite à un autre point de vue que celui de l'occlusion intestinale ; je ferai pour le cancer la même remarque que pour les rétrécissements de l'intestin par l'épaississement de ses membranes : c'est que d'après les observations publiées, le gros intestin paraît en être plus souvent affecté que l'intestin grêle. Je vais citer cependant un bel exemple de dégénérescence squirrheuse de l'intestin grêle, que je trouve dans les *annales* de la société royale de médecine. (Ann. 1777, p. 214.) *Observation sur des squirres de l'œsophage, de l'orifice supérieur de l'estomac et des intestins grêles*, par M. Carrère. C'est l'histoire d'une dame Bacci, de Lyon, laquelle succomba après avoir souffert longtemps d'une affection des voies digestives. L'observation porte surtout sur les accidents produits par la maladie de l'æsophage et de l'estomac; mais il est dit qu'à l'autopsie on trouva entr'autres lésions, les intestins grêles squirrheux dans presque toute leur étendue, leurs parois fort épaisses, fort dures, comme raccornies, et leur cavité très-rétrécie.

Diagnostic. — Le diagnostic de semblables lésions est entouré de difficultés, j'entends le diagnostic précis de la cause de l'occlusion intestinale. Cependant les accidents antérieurs mettront sur la voie, et grâce aux commémoratifs, on pourra dans bien des cas arriver à une sorte de certitude, ou tout au moins à une grande probabilité. Dans tous ces cas, l'état général des malades était mauvais, les troubles intestinaux existaient depuis un certain temps, la nutrition était imparfaite. En interrogeant les antécédents du malade, on peut trouver aussi quelqu'une des affections ou lésions antérieures que nous avons signalées, blessures,

contusions, ulcérations probables, etc. La marche des accidents éclaire aussi la détermination de leur nature. Ici les symptômes prémonitoires ont été de longue durée, l'invasion n'a pas été longue, mais au contraire, c'est peu à peu que le mal est arrivé à son paroxysme. Je ne parle pas des cas de cancers, car alors le rétrécissement et ses conséquences sont les accidents terminaux d'une maladie déjà diagnostiquée. En général, le diagnostic restera douteux entre les différentes espèces de rétrécissements proprement dits, rétrécissements par hypertrophie des tuniques, par tissu cicatriciel, par coarctation, etc... Mais il pourra acquérir beaucoup de certitude, posé entre le rétrécissement d'une part, et l'intussusception ou l'étranglement interne d'autre part.

Traitement. — La question du traitement est complexe. Le traitement de la lésion elle-même est à peu près nul. Quels moyens peut-on opposer à l'hypertrophie des tuniques intestinales, à leur dégénérescence cancéreuse, à la formation de cicatrices? Dans quelques cas cependant de rétrécissements du rectum, le point où siége la coarctation peut être atteint par le doigt, ou par des instruments ; dans ces cas, il convient de faire la dilatation progressive, et d'agir ainsi qu'on le fait pour les rétrécissements de l'urèthre ; je connais un très-beau résultat de l'emploi de ce moyen de traitement, observé chez une malade traitée par mon ami, le d[r] Girand, de Lyon. C'était une femme de 30 ans, se plaignant depuis longtemps de troubles intestinaux, dont la nature n'avait pas été reconnue; perte d'appétit, digestions difficiles, constipation opiniâtre, coliques fréquentes, tels étaient les symptômes principaux. Je n'insiste pas sur les erreurs de diagnostic, et traitements antérieurs. Le d[r] Girand arriva par voie d'exclusion à la pensée d'un rétrécissement, il fit une exploration par l'anus, laquelle confirma le diagnostic probable qu'il avait porté. Le rétrécissement reconnu, il entreprit immédiatement de le dilater, au moyen de sondes d'un gros calibre d'abord, puis au moyen de madriers en bois, taillés en forme d'olive. Ainsi que je l'ai dit, un succès complet couronna ces manœuvres patientes.

Un tel moyen est applicable seulement dans des cas spéciaux.

Mais si le médecin reste ainsi désarmé, quand il s'agit de combattre la lésion elle-même, il retrouve des moyens d'action pour combattre les accidents qu'elle provoque. Lorsque l'obstacle au cours des matières est devenu complet, lorsque le malade présente les symptômes de la passion iliaque, il faut se décider à pratiquer l'entérotomie, à établir un anus artificiel.

Je sais bien qu'il est presque probable que dans ces cas spéciaux, le cours des matières ne pourra pas se rétablir par le bout inférieur de l'intestin ; l'opération ne détruira pas le rétrécissement, celui-ci ne deviendra pas perméable, le malade conservera une infirmité dégoutante, c'est vrai, mais il vivra.

CHAPITRE III.

La troisième classe d'obstacles au cours des matières renferme les obstacles au cours des matières formés par des corps étrangers ou anormaux occupant le calibre de l'intestin.

Les exemples d'obstruction de l'intestin par des corps étrangers ou anormaux sont assez nombreux. J'ai dit corps étrangers ou anormaux, et voici quelle distinction je veux établir : Les corps étrangers viennent du dehors, ils sont habituellement introduits par la bouche, ainsi des noyaux de fruits, des balles de plomb, etc. ; les corps anormaux naissent dans l'intérieur même de l'intestin, ou bien y sont apportés en germe ; ce sont, par exemple, les polypes, les ascarides, etc. Cette distinction est faite surtout au point de vue de l'anatomie pathologique, mais elle peut avoir, dans certains cas, une importance réelle au point de vue du pronostic ou du traitement.

Je vais citer d'abord quelques observations établissant la réalité du fait, puis nous passerons à l'étude des lésions observées.

Anatomie pathologique. — Parmi les corps étrangers venus du dehors, nous signalerons d'abord les aliments. Un des faits les plus connus, reproduit par tous ceux qui ont écrit sur cette question, est celui raconté par Hevin dans son mémoire sur la gastrotomie (VIIe observation, par M. de la Martinière). C'est l'histoire d'un jeune seigneur qui, voulant faire cesser un dévoiement opiniâtre, mangea indiscrètement une grande quantité d'œufs durs. Il mourut peu de jours après dans les souffrances de la passion iliaque. On trouva dans le jéjunum une colonne d'excréments fort durs, interrompant le cours des matières.

Un fait récent et plein d'intérêt a été publié dans l'*Union médicale.*

Obstruction intestinale produite par l'accumulation de résidus de fraises dans l'iléon, par le d^r Boisseau, professeur agrégé au Val-de-Grâce, observation recueillie par le d^r Margerie. [1]

Il s'agit d'un soldat du 31e de ligne, lequel fut apporté à l'hopital du Val-de-Grâce, le 2 juillet à 9 heures du matin. Il avait l'aspect d'un cholérique, vomissait constamment; mais il n'avait pas de crampes et accusait une constipation opiniâtre. L'intelligence était nette. Il raconta comme renseignements, que la veille, il avait mangé une quantité considérable de fraises. Bref, cet état cholériforme persista, et il mourut à 4 heures du soir. Les accidents s'étaient déclarés à minuit, ils avaient donc duré 16 heures.

A l'autopsie, on trouva dans l'iléon une masse de matières, pesant 250 grammes, composée de deux parties; l'une, la plus rapprochée de l'estomac, était une sorte de bouillie épaisse; l'autre était formée par trois masses cylindriques, parfaitement moulées sur l'intestin, de cinq centimètres environ de longueur, séparées par un court intervalle, dures et rénittentes; elles obstruaient la fin de l'iléon.

Dans les réflexions qui accompagnent cette observation, M. Boisseau dit qu'un de ses collègues du Val-de-Grâce, le d^r Poulet, lui a raconté avoir observé une obstruction ana-

[1] *Union médicale*, 1867, n° 86, p. 100.

logue, formée par des peaux de graines de raisins ; c'était comme une sorte de marc qui remplissait le calibre de l'intestin.

Dans les mémoires de la Société royale de médecine (année 1777, page 262), on lit une singulière observation : Description de deux masses de cheveux, trouvées par M. Baudamant, chirurgien de Verdun, dans l'estomac et les intestins d'un jeune garçon de 16 ans.

C'était le fils d'un sieur Payerne, habitant de Verdun ; dès son enfance, il avait trouvé plaisir à manger des cheveux. Il mourut après une assez longue maladie ; ce n'est qu'à la fin qu'il éprouva de vives douleurs. A l'autopsie, on trouva deux masses de cheveux, l'une dans l'estomac, l'autre dans l'intestin grêle, fortement serrées contre les parois de ces organes, et formant un bouchon imperméable.

Le journal de Vandermonde contient plusieurs observations du même genre. Ainsi (tome VII, page 15) : Sur les effets funestes de noyaux de prunes et de merises, avalés par imprudence ; par M. Marteau de Grandvilliers, médecin de l'hôpital d'Aumale. Puis, (tome XLII, page 519) : sur un vomissement habituel occasionné par des noyaux de cerises qui s'étaient logés dans une tumeur squirreuse du pylore, par M. Fournier. On lit aussi (tome XXXVII, page 134) une observation, sur les accidents causés par des noyaux de prunes retenus pendant près de neuf mois dans l'estomac ; par M. Devillaine, chirurgien à Champagnole, en Franche-Comté.

Les malades, sujets des deux premières observations, sont morts. Nous parlerons plus tard des symptômes qu'ils ont présentés. A l'autopsie, on constata des rétrécissements de l'intestin ; dans le premier cas, vers la fin de l'intestin grêle, les tuniques de ce viscère avaient acquis neuf ou dix lignes d'épaisseur, ce qui formait une espèce d'étranglement. Dans le second cas, un étranglement considérable, siégeant vers la partie supérieure de l'iléon, *avait beaucoup diminué le calibre du boyau.*

Le malade, sujet de la troisième observation, guérit ; nous aurons à nous occuper des symptômes de sa maladie.

Enfin, citons encore un fait d'oblitération de l'intestin au niveau de la valvule iléo-cœcale, observé par M. Dor (1) : une poche, formée dans ce point, contenait quatre-vingt-douze balles de plomb, et cent-vingt noyaux de prunes. C'était chez un homme de 32 ans, souffrant depuis longtemps des intestins ; il n'avait jamais présenté de symptômes bien accusés.

Dans cette même thèse, M. Dor cite l'observation d'une vieille femme, autopsiée à la Salpêtrière, dans l'intestin de laquelle on trouva une poche contenant plus de six cents noyaux de cerises ; observation empruntée à A. Bérard.

Dans les *Archives générales de médecine*, on lit une observation sous ce titre : (1825, tome VII, p. 604) Corps étrangers dans les parois du duodenum ; par M. Hervez. Il s'agit d'un homme âgé, qui souffrit de douleurs intestinales à la fin de sa vie. A l'autopsie, on trouva dans le duodenum deux corps étrangers fixés dans les parois de l'intestin ; ils ressemblaient à des arêtes, ou à des dents de peigne, et rétrécissaient le calibre de l'intestin.

Dans le même recueil (ann. 1834, T. V, 2e série, p. 223) a été consignée l'histoire d'une occlusion intestinale produite par un calcul biliaire. Observation de calcul biliaire passé de la vésicule dans l'intestin grêle par une communication fistuleuse, et déterminant des symptômes mortels d'étranglement interne ; par M. Renaud, interne à l'hospice de la vieillesse (femmes). Le sujet était une femme de 75 ans, morte après avoir présenté des symptômes d'iléus.

Parmi les corps anormaux formés dans l'intérieur même de l'intestin, nous signalerons d'abord les vers intestinaux.

Il est arrivé que des ascarides lombricoïdes, réunis en une seule masse, obstruaient complétement le calibre de l'intestin, formaient un obstacle au cours des matières, et causaient ainsi les accidents de la passion iliaque.

On trouve des faits de ce genre dans différents auteurs, les mémoires de l'Académie de chirurgie, l'anatomie pathologique de Cruveilhier, en particulier. Le dr Henri Anciaux,

(1) *Thèses de Paris*, 1835, n° 18.

dans sa thèse inaugurale (thèses de Paris, 1856) *sur les accidents produits par les ascarides lombricoïdes*, cite une observation d'obstruction des voies digestives par cette cause.

On peut même s'étonner que de pareils faits ne se reproduisent pas plus souvent, tant est fréquente la présence des lombrics dans l'intestin, et leur présence en nombre considérable. La *Gazette Médicale de Lyon* a publié, dans les premiers mois de l'année 1867, un article du dr Pioch, sur quelques accidents produits par les vers intestinaux; l'auteur cite des faits observés dans une contrée des Cévennes, où la nourriture se compose surtout de farineux : il a constaté que les intestins renfermaient quelquefois une quantité énorme de ces parasites. Ainsi, pour ne citer qu'un exemple, un enfant de cinq ans rendit en huit jours, sous l'influence d'un vermifuge, huit cent-dix-sept vers.

De véritables productions morbides se rencontrent aussi dans l'intestin, et peuvent s'opposer au cours des matières. M. Jules Cloquet, dans un mémoire lu à l'Académie des Sciences, dans la séance du 29 janvier 1855, et publié par la *Gazette Médicale* (1855, page 74), *Mémoire sur les concrétions intestinales*, dit que les entérolithes peuvent former des obstructions de l'intestin.

Le dr Campbell a publié un cas d'obstruction des intestins par un gros calcul ([1]). La malade, femme âgée, offrit des symptômes d'iléus, du 27 août au 6 septembre; ce jour-là, elle rendit un gros calcul et la guérison fut obtenue.

Enfin, j'ai déjà dit que des tumeurs de différente nature, s'étaient quelquefois développées dans le calibre de l'intestin ; ce sont surtout des polypes qui ont été observés. Quelques auteurs, ai-je dit aussi, ont cherché, dans la présence de ces polypes, l'explication du mécanisme de certains cas d'invagination intestinale. (Cruveilhier, Anat. pathologique, Obs. de J. Cloquet, citée dans le mémoire de Dance.)

Je n'ai qu'un mot à dire de l'anatomie pathologique de la

([1]) *Gaz. Médic.* 1846, page 550.

lésion qui nous occupe. D'abord, la question relative à la nature du corps étranger ou anormal qui bouche le calibre de l'intestin, n'offre rien de particulier à étudier. Quant à l'état de l'intestin, à l'endroit même, ou aux environs de l'endroit où existait l'obstruction, nous devons l'observer à deux points de vue différents : au point de vue des lésions locales postérieures à l'obstruction ou produites par elles, et au point de vue des lésions antérieures à l'obstruction.

Les lésions intestinales, produites par le fait de l'obstruction, ne sont pas en général bien remarquables. Dans la plupart des cas, on a observé une inflammation de la membrane muqueuse, inflammation s'étendant plus ou moins loin, suivant la rapidité avec laquelle avaient marché les accidents. Dans les cas où la mort est survenue peu de temps après le début de la maladie, comme chez le sujet de M. Boisseau, l'inflammation de l'intestin était peu vive, et à peu près bornée aux points mêmes où existait l'obstruction ; cette inflammation était sans doute causée par le bouchon lui-même, agissant comme corps étranger sur les parois des intestins qu'il pressait. Dans les cas où les accidents ont marché lentement, ceux cités dans le journal de Vandermonde, par exemple, l'inflammation du tube intestinal était plus étendue ; dans ces cas, il existait une véritable entérite, ainsi que l'ont démontré les autopsies.

L'inflammation est la seule complication qu'on trouve indiquée dans les observations que j'ai citées ; ainsi je n'ai remarqué aucun exemple d'ulcérations, de plaies, de fissures, de ruptures de l'intestin.

Les observateurs ont signalé aussi, dans les cas à marche lente, l'élargissement du tube intestinal au point occupé par les matières accumulées, élargissement tel que cette partie prenait la forme d'une véritable poche.

J'ai parlé des lésions de l'intestin, antérieures à l'obstruction, et voici pourquoi : quelques auteurs, M. Cruveilhier entre autres, dans son Anatomie pathologique, ont dit que chaque fois qu'il y avait obstacle au cours des matières dans l'intestin, par le fait de l'arrêt et de l'accumulation des matières alimentaires ou autres formant bouchon, cet

accident était préparé par un rétrécissement de l'intestin. Ce n'est pas ici le lieu de discuter l'opinion du savant professeur, je ne pense pas qu'elle doive être acceptée dans toute sa rigueur. Remarquons cependant qu'un rétrécissement de l'intestin, même médiocre, est une condition favorable à l'arrêt des matières alimentaires, et la raison pour laquelle leur accumulation a eu lieu souvent vers la fin de l'intestin grêle, doit être la disposition infundibuliforme de cette partie de l'intestin, qui va en se rétrécissant progressivement jusqu'à la valvule de Bauhin. — M. Cruveilhier insiste beaucoup sur ce fait.

Symptômes. — Quand on lit les observations d'obstruction de l'intestin, on est frappé de la différence des symptômes présentés par les malades. Ainsi, dans quelques cas, la maladie a été très-lente, mal accusée, surtout au début; les digestions étaient laborieuses, le malade avait des hoquets, des éructations, des vomissements, de la constipation alternant avec la diarrhée; bref, le médecin constatait un trouble dans les fonctions digestives, mais ne pouvait porter un diagnostic précis. Dans d'autres cas, au contraire, les accidents ont débuté d'emblée, tout à coup et avec une violence extrême : les malades ont succombé en quelques heures.

Les différences de forme de l'obstacle expliquent les différences des symptômes. Dans les cas à marche lente, l'obstacle avait un petit volume, n'obstruant pas complétement la lumière de l'intestin ; le cours des matières était gêné, mais n'était pas tout à fait interrompu; la vie était plus ou moins compatible avec un pareil état. De plus, dans presque tous les cas, une entérite est survenue et a compliqué la situation. Ce n'est que peu à peu que l'obstacle est devenu infranchissable, que le *bouchon* s'est formé, et, alors, ont éclaté les accidents aigus, les accidents terminaux signalés dans presque toutes les observations. Quelquefois, cependant, le malade a succombé au marasme et à l'épuisement, suites de digestions de plus en plus difficiles et incomplètes, sans être arrivé aux accidents de la passion iliaque.

On a vu que dans les cas aigus, les phénomènes sont tout différents. Dans ces cas, l'obstacle au cours des matières est complet, tout comme dans les cas d'étranglement, et l'on voit se manifester les symptômes ordinaires de l'ileus.

Pourquoi dans certains cas ces symptômes sont-ils cholériformes? L'étude de cette question nous entraînerait peut-être bien loin, je me contente de signaler ce fait. Je ferai seulement remarquer que lorsque la mort arrive en trente ou quarante heures, les accidents ne doivent pas être provoqués uniquement par l'arrêt du cours des matières, par la constipation; il se passe dans ces cas là des phénomènes intimes, très-probablement sous la dépendance d'actions nerveuses reflexes. Du reste, on trouve une bonne étude de ces différents faits dans la thèse du docteur Refrègé : *Essai sur le diagnostic de l'étranglement intestinal à symptômes cholériformes.* (Thèses de Paris, 1867, N° 16.)

Diagnostic. — La question du diagnostic est très-embarrassante. Nous venons de voir, en effet, que les accidents sont variables, les symptômes aussi. Le diagnostic différentiel ne se pose plus seulement entre les différentes formes de l'iléus, mais il comprend aussi les affections plus communes des voies digestives. On a vu, dans les cas que j'ai cités, que souvent la véritable cause des accidents, la nature de la maladie, n'avaient été reconnues qu'à l'autopsie. C'est qu'en effet, il n'y a aucun symptôme pathognomonique de cette lésion. Mais le praticien doit être prévenu, et doit s'éclairer de l'étude des commémoratifs; je ne puis pas signaler ici ces mille nuances qu'on reconnaît au lit du malade, et qui font dire que telle affection marche franchement, que telle autre est insidieuse; tous les cliniciens savent ce qu'on entend par un cas classique, dans lequel chaque symptôme est bien accusé, occupe sa place, apparaît à son heure. Eh bien! c'est lorsqu'une maladie s'éloigne de cette forme classique, lorsque les symptômes sont incohérents, que le médecin se tient sur ses gardes, et cherche s'il a réellement affaire à la maladie que les principaux symptômes semblent révéler. Peut-être en poursui-

vant chaque accident jusqu'à son début, en interrogeant le malade, en consultant ses habitudes, surtout en n'omettant aucun détail de l'exploration physique, palpation, percussion, etc., peut-être pourra-t-on arriver quelquefois à reconnaître la nature de la maladie, l'obstacle au cours des matières.

Ce que je viens de dire, je l'entendrais surtout des cas chroniques ou à marche lente, mais on peut l'appliquer aussi aux cas aigus. Dans ceux-ci cependant, on sait bien vite, en général, qu'on a affaire à un iléus, pris dans le sens général du mot, et le diagnostic portera sur la forme probable de la lésion; la question se posera entre une invagination de l'intestin, un étranglement, une obstruction. Il est inutile de revenir sur les signes différentiels déjà indiqués à propos de l'étranglement et de l'invagination.

Il reste malheureusement certain que nous ne connaissons pas de symptômes pathognomoniques révélant exactement la forme de la lésion qui produit la passion iliaque; mais il y a un ensemble de signes tirés de l'état du malade, de ses habitudes, de ses maladies antérieures, de ses actes récents, tels que les efforts ou les écarts de régime, qui pourront nous mettre souvent sur la bonne voie.

Quant aux symptômes cholériformes, je répéterai la remarque très-juste de M. Boisseau, c'est que dans les cas d'iléus, les crampes n'existent pas habituellement, et que surtout les selles manquent complètement ; on observe le contraire dans les cas de choléra confirmé.

Traitement. — J'aborde enfin la question du traitement et toujours avec regret, à cause de la faiblesse de nos moyens d'action. Cependant, dans quelques cas, les purgatifs énergiques ont réussi ; non dans les cas aigus, mais dans ceux à marche lente. Ils me paraissent toujours indiqués. Je compterai aussi sur les injections forcées, injections d'eau de son poussées avec l'hydrolabe, par exemple. Faut-il rejeter encore l'emploi du mercure coulant ? Rappelons-nous que des écrivains sérieux et dignes de foi ont publié des observations d'iléus guéris par

l'action de cet agent. Il me semble que si le mercure coulant a pu être efficace, c'est bien plutôt quand l'iléus était dû à un obstacle formé dans l'intérieur de l'intestin, que lorsqu'il était causé par un volvulus ou un étranglement. Peut-être ce moyen ne doit-il pas être complétement mis de côté dans la forme d'iléus qui nous occupe en ce moment.

Reste enfin la gastrotomie. Eh bien ! malgré toute ma répugnance à recourir, un peu en aveugle, à une pareille opération, malgré toutes les difficultés qui se présenteront, je crois que la gastrotomie devra encore être tentée; j'estime à leur juste valeur toutes les déplorables conditions dans lesquelles cette opération sera pratiquée; malgré cela, c'est une dernière ressource à laquelle il faut avoir recours, plutôt que de laisser un malade mourir misérablement.

CONCLUSIONS.

1° Les occlusions intestinales peuvent être divisées en trois grandes classes, d'après leur mode de formation : 1re classe. Occlusion produite par une compression exercée sur l'intestin sain, en dehors de son calibre. 2e classe. Occlusion produite par une lésion ou une maladie de l'intestin lui-même. 3e classe. Occlusion produite par des corps étrangers ou anormaux occupant le calibre de l'intestin.

2° Chacune de ces grandes classes se subdivise à son tour en plusieurs variétés.

3° Le diagnostic de l'occlusion, dans le sens général du mot, est facile ; le diagnostic plus précis de la classe à laquelle appartient un cas d'occlusion en particulier est habituellement possible ; le diagnostic exact de la variété de l'occlusion est très-difficile, souvent impossible.

4° Les moyens pharmaceutiques, utiles comme adjuvants, sont impuissants dans la plupart des cas, spécialement dans ceux de la 1re classe.

5° Certains moyens mécaniques, les injections forcées et

l'insufflation, paraissent rationnels dans plusieurs cas des 1re et 3e classes; on leur doit quelques succès.

6° La gastrotomie et l'entérotomie, conseillées par un grand nombre de chirurgiens modernes, pratiquées par plusieurs d'entre eux, sont formellement indiquées comme unique moyen de traitement dans un grand nombre de cas d'iléus, surtout de la 1re classe; elles méritent de prendre rang dans la pratique au même titre que l'opération de la hernie étranglée.

TABLE DES MATIÈRES.



FIN.